

Name:	Tel-Nr. privat:		
Vorname:	Tel.Nr. geschäftlich:		
Handy-Nr.:			
Hausarzt:			
Ich bin damit einverstanden, dass ich über die angegebene emailadresse über notwendige Behandlungen oder Terminänderungen informiert werden			
		Datum	Unterschrift
Email:			
Allererste Periode im Alter von Jahren			
Zyklusdauer (z.B. 28-30 Tage :			
Blutungsdauer (z.B. 5-7 Tage) :			
Erster Tag der letzten Periode:			
Menopause/ Wechseljahre (Ausbleiben d. Regel)			
im Alter von : Jahren			
(Letzte Periode vor den Wechseljahren = ausbleibende Periode in den Wechseljahren)			
Größe	Gewicht		
Verhütung (Pillen-Präparat , Spirale)			
Fehlgeburten: Schwangerschaftsabbrüche: Wann (Jahr):			
Schwangerschaften:	Geburtsjahr / Geschlecht:	Art der Entbindung Spontan / Kaiserschnitt	
1. Kind: /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind: /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind: /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind: /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisherige gynäkologische Operationen	Jahr:	Art der OP	
Medikamente allgemein:			
Einnahme anderer Hormonpräparate (z.B. Schilddrüse)			
Bestehende Krankheiten (z.B Diabetes, Bluthochdruck, Allergien,...)			