

Persönliche Gesundheitsfragen

Zur Ergänzung unserer Unterlagen und damit wir Sie noch individueller beraten können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten:

Name: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

In welchem Alter hatten Sie als Mädchen Ihre erste Regelblutung? _____

Welchen Blutrhythmus haben Sie:

- ca. alle 4 Wochen alle 3-5 Wochen
 sehr unregelmäßig keine Blutung mehr/Wechseljahre seit:

In welchem Zeitraum haben Sie ggf. die Pille genommen:

von _____ bis _____

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Geburten? nein ja

Jahr	Geschlecht	Gewicht des Kindes	Kaiserschnitt
	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie Fehlgeburten?

nein ja, und zwar _____ (bitte die Anzahl angeben)

Welche Operationen hatten Sie bisher?

Haben Sie sonstige Erkrankungen und wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?

Rauchen Sie?

nein ja, und zwar _____ (Anzahl der Zigaretten pro Tag)

Betreiben Sie Sport?

nein ja, und zwar _____

HPV-Impfung („Gebärmutterhalskrebsimpfung“) erfolgt?

nein ja, unvollständig ja, vollständig

Wann war Ihr letzter Abstrich vom Gebärmutterhals? Am: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Adresse: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Dr. Claudia Best