



Liebe Patientin,

wenn Sie das erste Mal zu uns kommen, interessieren wir uns hierfür:

## 1. Blutung

schwach     normal     stark

Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_

Welche Zykluslängen haben Sie in der Regel? \_\_\_\_\_

## 2. Allergien

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 3. Röteln-Impfung

Sind Sie gegen Röteln geimpft? \_\_\_\_\_

## 4. Schwangerschaften

Wieviele Schwangerschaften hatten Sie und wieviele Geburten?

Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Geburten \_\_\_\_\_

## 5. Operationen

Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Rauchen

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

## 8. Brustkrebserkrankungen

Gibt es Brustkrebserkrankungen in Ihrer Familie? \_\_\_\_\_

## 9. Thrombose-Risiko

Wurde bei Ihnen ein Thrombose-Risiko festgestellt? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie auch Befunde mit, soweit diese Ihnen vorliegen.  
Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!