



<input type="checkbox"/> nein	Hatten Sie schon einmal eine Eileiterschwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja, zur Zeit <input type="checkbox"/> ja, evtl. später

<input type="checkbox"/> nein	Besteht krankhafter Ausfluss aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Bestehen Schmerzen im Unterleib?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Bestehen Schmerzen beim Intimverkehr?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, welche und seit wann?	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie eine Spirale? Wenn ja welche und seit wann?	
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie sonstige Hormone? Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?	

<input type="checkbox"/> nein	Wurden Sie schon einmal operiert oder bestrahlt , oder hatten Sie schon einmal eine Chemotherapie ? Wenn ja, welche?
-------------------------------	---	----------------------------------

<input type="checkbox"/> nein	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV <input type="checkbox"/> Asthma / COPD <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Gemütskrankheit <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Krampfanfall / Epilepsie <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Harninkontinenz
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen hohen Cholesterinspiegel oder hohe Blutfettwerte (Triglyceride)?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Gerinnungsstörungen (z. B. Faktor V-Mangel)?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Neigen Sie zu	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Traurigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche
<input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich