

Naam: : Tel thuis :
 Adres: : Tel werk :
 Postcode : Woonpl. : Tel mobiel :
 Geb datum : e-mail :

Wat is uw lengte: cm Wat is uw gewicht: kg

Leeftijd 1e menstruatie: jr Menstrueerde u daarna regelmatig? nee ja
 Heeft u in het verleden
 * de pil gebruikt nee ja : vane jr tote jr (leeftijd)
 * een spiraaltje nee ja : vane jr tote jr (leeftijd)

Komen of zijn de menstruaties
 * om de ± 4 weken nee ja * pijnlijk nee ja
 * hevig (stolsels) nee ja * langdurig (>7dg) nee ja

Heeft u klachten van
 * tussentijds bloedverlies nee ja
 * bloedverlies tijdens/na het gemeenschap nee ja
 * snel blauwe plekken nee ja

Bent u onder behandeling (geweest) van wegens jaar
 * een internist nee ja :
 * een neuroloog nee ja :
 * een longarts nee ja :
 * andere specialist nee ja :

Bent of wordt u behandeld voor
 * trombose/embolie nee ja * hoge bloeddruk nee ja
 * hartaandoening nee ja * suikerziekte nee ja
 * eileider ontsteking nee ja * geslachtsziekte nee ja
 * andere ziekte nee ja :

Gebruikt u medicijnen
 nee ja zo ja, welke

Bent u allergisch nee ja zo ja, waarvoor

Rookt u nee ja zo ja, hoeveel per dag
 Drinkt u alcohol nee ja zo ja, hoeveel per dag
 Gebruikt u drugs nee ja zo ja, welke