



- Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg
- In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Menstruation? _____ Jahre
- Haben Sie ihre Menstruation noch? Ja Nein
 - Wenn Sie in der Menopause sind, dann seit wann?: _____
- Haben Sie Kinder? Ja Nein
 - Wen ja wieviele? _____ Geburtsjahre der Kinder _____
- Einnahme der Pille früher/aktuell? Ja Nein wenn ja wie viele Jahre? _____
- Einnahme einer Hormonersatztherapie während Wechseljahre Ja Nein wenn ja wie viele Jahre? _____
- Hatten Sie schon Mammografien? Ja Nein
 - Falls ja, haben Sie Angaben zur Brustdichte in der Mammografie (ACR-Einteilung)? A / B / C / D
- Hatten Sie Brustbiopsien und/oder Brustoperationen? Ja Nein wenn ja wann? _____
- Hatten Sie selbst Brust- oder Eierstockkrebs? Ja Nein wenn ja wann? _____
- Haben Sie Endometriose? Ja Nein
- Hatten Sie gynäkologische Operationen? Ja Nein wenn ja wann? _____
- Tubensterilisation? Ja Nein Entfernung Eierstöcke? Ja Nein
- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Wenn ja wieviel? _____



- Height: _____ cm Weight: _____ kg
- How old were you when you had your first period? _____ years old
- Do you still have your period? Yes No
 - If you are in menopause, when did it start?: _____
- Do you have children? Yes No
 - If so, how many? _____ Birth years of the children _____
- Do/did you ever take birth control pills? Yes No If so, for how many years? _____
- Do/did you take hormone replacement therapy during menopause? Yes No If so, for how many years? _____
- Have you had any mammograms? Yes No
 - If so, do you have information on your breast density in the mammogram (ACR classification)? A / B / C / D
- Have you had breast biopsies and/or breast operations? Yes No If so, when? _____
- Have you yourself have breast or ovarian cancer? Yes No If so, when? _____
- Do you have endometriosis? Yes No
- Have you had any gynecological surgeries? Yes No If so, when? _____
- Have you had your tubes tied? Yes No Have your ovaries been removed? Yes No
- Do you drink alcohol? Yes No If so, how much? _____