



Name, Vorname _____

Geburtstag _____

Alter bei 1. Regelblutung: _____

Alter bei letzter Regelblutung: _____

Anzahl Schwangerschaften insgesamt: _____

Geburten: _____

Fehlgeburten: _____

Abbrüche: _____

Besonderheiten: _____

(z.B. Kinderwunschbehandlung)

Wochenbettdepressionen: Ja ☐ Nein ☐

Stilldauer: _____

Dauer unerfüllter Kinderwunsch: _____

Zyklusdauer aktuell: _____

Zyklusdauer als junge Erwachsene: _____

Zyklusschwankungen von _____ bis _____ Tagen

Pilleneinnahme aktuell seit: _____

aktuell Präparat: _____

früher Dauer: _____

früher Präparat: _____

Hormonersatzpräparate: _____

andere zyklusregulierenden

Medikamente (auch pflanzlich): _____

Hormonspirale seit: _____

andere Verhütung: _____

Magersucht / Bullemie: Ja ☐ Nein ☐

traumatische Ereignisse: Ja ☐ Nein ☐



Name, Vorname _____

Geburtstag _____

letzte gynäkologische Vorsorge: Monat _____ Jahr _____

regelmäßige gynäkologische Vorsorge: ☐ jährlich ☐ halbjährlich

Befunde: ☐ unauffällig ☐ auffällig

☐ vaginaler Ultraschall

☐ Mammographie

☐ Knochendichtemessung

Erkrankungen:

☐ Thrombose

☐ Gerinnungsstörungen

☐ Lebererkrankungen

☐ Gallenblasenerkrankungen

☐ Diabetes

☐ Bluthochdruck

☐ Krebserkrankungen

☐ sonstige Erkrankungen: _____

☐ Brustzysten / Knoten

☐ Myome

☐ Endometriose

☐ Flüssigkeitsaustritt aus der Brust

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ psychische Erkrankungen

☐ genetische Erkrankungen

Operationen:

☐ Gebärmutterentfernung Jahr _____

☐ Eierstockentfernung/ Zysten Jahr _____

☐ Brustoperationen Jahr _____

Operationen:

☐ Brustkrebs

☐ Gebärmutterhalskrebs

☐ Eierstockkrebs

☐ sonstige Erkrankungen: _____



Name, Vorname _____

Geburtstag _____

Symptome:

- | | |
|--|---|
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Prämenstruelles Syndrom |
| ☐ Depressionen | ☐ Brustspannen |
| ☐ Angst | ☐ Brustwachstum |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Gewichtszunahme |
| ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Wassereinlagerungen |
| ☐ Trockene Haut | ☐ Starke Regelblutung |
| ☐ Trockene Haare | ☐ Migräne |
| ☐ Schwitzen | ☐ Eierstockzysten |
| ☐ Haarausfall | ☐ Libidomangel |
| ☐ Antriebslosigkeit | ☐ Gedächtnisschwäche |
| ☐ Hitzewallungen | ☐ Konzentrationsstörungen |
| ☐ Nachtschweiß | ☐ Müdigkeit |
| ☐ Trockene Schleimhäute | ☐ Antriebslosigkeit |
| ☐ Harnwegsinfekte | ☐ Knochen- und Gelenkbeschwerden |
| | ☐ Muskelschwäche/-schmerzen |



Name, Vorname _____

Geburtstag _____

Bitte schreiben Sie hier chronologisch alle Ereignisse auf, die Ihren Gesundheitszustand beeinflussen könnten, beispielsweise

- Beschwerden während Ihrer Pubertät, Ihrer Menstruationszyklen,
- Beschwerden während oder nach Schwangerschaften/Stillzeiten,
- Veränderungen Ihres Schlafverhaltens/Menstruationszyklen, Stimmungsschwankungen?

Auffälligkeiten z.B. nach einer Geburt, der Stillzeit, nach Operationen oder schweren Erkrankungen?

Gab es in der Zeit, in der Beschwerden auftraten irgendwelche auffälligen Ereignisse in ihrem Leben (Partnerschaft, Familie oder Beruf)?



Name, Vorname  _____

Geburtstag _____

aktuelles Gewicht: _____

Gewicht vor einem Jahr: _____

Gewicht als junge Erwachsene: _____

Größe: _____

aktuelle Medikamente, auch Vitamine u.ä.:

Rauschmitteleinnahme:

Menge:

☐ Rauchen

☐ Drogen

☐ Alkohol

Datum, Unterschrift