

Name, Vorname

Geb.-Datum

E-Mail

Telefon

Kinder- / Hausarzt

Wie alt warst du bei deiner allerersten Regelblutung? Wann war deine letzte?

Alter der ersten Regelblutung

Letzte Regelblutung am

Wie ist deine Regelblutung?

- ☐ stark
- ☐ mittel
- ☐ schwach
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Hast du derzeit Beschwerden?
(Wenn Ja, welche?)

Hattest du schon Geschlechtsverkehr?

☐ Ja ☐ Nein

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Leidest du unter...

- ☐ Regelschmerzen?
- ☐ Hautproblemen?
- ☐ Kopfschmerzen während der Regelblutung?
- ☐ Zyklusunregelmäßigkeiten?
- ☐ starker Körperbehaarung oder Haarausfall?

Welche Themen sind für dich wichtig und worüber möchtest du im Gespräch mehr erfahren?

- ☐ Zyklus und Regelblutung
- ☐ Regelschmerzen
- ☐ Verwendung von Tampons
- ☐ sexuell übertragbare Krankheiten
- ☐ Körperliche Entwicklung
- ☐ Verhütung
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ gynäkologische Untersuchung
- ☐ Liebe und Sexualität
- ☐ HPV-Impfung
- ☐ allgemeine Hygiene
- ☐ sonstige

Familiär gehäufte Erkrankungen

Brust- oder Eierstockkrebs
(Wer? In welchem Alter?)

Diabetes / Bluthochdruck
(Wer? In welchem Alter?)

Sonstige Erkrankungen
(Z.B. Thrombose, Allergien?)

Rauchst du?

Wieviel?

Impfstatus

- ☐ HPV
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken
- ☐ Masern
- ☐ Corona

Operationen

Gynäkologische (Welche? Wann?)

Andere (Welche? Wann?)

Medikamente (Welche?)

Hast du besondere Fragen?

Ort, Datum

Unterschrift