

Gynäkologischer Fragebogen

Name: Vorname: Geb.-datum:

Sportart: Alter: Jahre

Größe: cm Gewicht: kg BMI: Körperfettanteil: %

I. Periode

- Alter bei der 1. Periode (Menarche): Jahre
- Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, welche?
- Ist die Periode regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, Anzahl der Blutungstage? Tage
Wenn Nein, wie oft im Jahr? Mal / Jahr
- Wann war die letzte Periode? Datum:
- Haben Sie Beschwerden bei der Menstruation? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welcher Art?

II. Weitere Fragen

- Haben Sie Probleme, Ihr Gewicht zu halten? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welcher Form?
.....
- Sind in der Vergangenheit Stressfrakturen aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, wann und wo?.....
- Wie hoch ist der Trainingsumfang pro Woche? km
..... Stunden
- Gynäkologische Voroperationen oder Diagnosen
(Hormonstörungen, Endometriose, Myome, ...):
.....
.....
- Ist in der Familie jemand an Brustkrebs, Eierstock-
oder Gebärmutterkrebs erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wer?
- Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie oft? Zu welchen?
.....
- Zahl der Schwangerschaften:
- Zahl der Geburten:

Ort, Datum:

Unterschrift: