

Gynäkologischer Fragebogen

NameVorname

GeburtsdatumUntersuchungsdatum

Verband Sportart Kader

Größe Gewicht BMI.....

Körperfettgehalt Impedanzmethode Calipermethode

Alter bei der 1. Periode (Menarche)

Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel? JA NEIN

➤ Wenn ja, welche?

Ist die Periode regelmäßig? JA NEIN

➤ wenn ja, Anzahl der Blutungstage?
.....

➤ wenn nein, wie oft im Jahr?.....

Wann war die letzte Periode? Datum:

Ist die Leistungsfähigkeit **vor** der Menstruation herabgesetzt? JA NEIN

Ist die Leistungsfähigkeit **während** der Menstruation herabgesetzt? JA NEIN

Ist die Leistungsfähigkeit **nach** der Menstruation herabgesetzt? JA NEIN

Ist die Leistungsfähigkeit **während** der Menstruation **verbessert**? JA NEIN

Haben Sie Beschwerden bei der Menstruation? JA NEIN

➤ wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Probleme, Ihr Gewicht zu halten? JA NEIN

➤ wenn ja, in welcher Form?
.....

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.....

Unterschrift Untersucher.....

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur anonymisierten Speicherung der erhobenen Daten und zur wissenschaftlichen Nutzung.

Ort und Datum

Unterschrift