

Patientin:, geb.



Dr. med. Uwe G. Pöhls
und Kollegen

Ihre Regelblutung ist ausgeblieben?

Damit wir Sie schnell umfassend beraten und behandeln können, möchten wir Ihnen schon vorab ein paar wichtige Fragen stellen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wie sind Ihre Größe und Ihr aktuelles Gewicht?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Wann war Ihre letzte Regelblutung? Bitte geben Sie möglichst genau den ersten Tag der letzten Periodenblutung an.	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie ist Ihr normaler Regelzyklus? Bitte geben Sie den Abstand jeweils von Tag 1 zu Tag 1 Ihrer Monatsregel und die Dauer der einzelnen Blutungen jeweils in Tagen an.	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> Tage
Hatten Sie in letzter Zeit Zwischenblutungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Könnten Sie schwanger sein? Hatten Sie in den letzten Wochen Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits selbst einen Schwangerschaftstest gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie war das Testergebnis?	<input type="checkbox"/> positiv, schwanger <input type="checkbox"/> negativ, nicht schwanger
Haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen vermehrt Haarwuchs oder Hautprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vom Behandler auszufüllen BMI <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> kg/cm ² ggfs. SSW <input type="text"/> <input type="text"/> + <input type="text"/> Therapie/Procedere	