





## Zyklusanamnese Frau

<p><b>Erste Regelblutung im Alter von ca _____ Jahren</b>  <b>1. Tag der letzten Regel:</b> _____</p> <p><b>Blutungsrhythmus:</b>(Abstand 1. Tag der Regel bis 1.Tag der nächsten Regel)</p> <p>regelmäßig, zwischen ____ und ____ Tagen</p> <p>unregelmäßig zwischen _____ und _____ T/W/M</p> <p>keine Regelblutungen mehr seit _____</p>	<p><b>Dauer der Regelblutung:</b> _____ Tage          Zwischenblutungen</p> <p><b>Blutungsstärke:</b>          schwach    mittel    stark</p> <p><b>Regelschmerzen:</b>          Auf einer Scala von 0 keine bis 10 stark          0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>																																						
<p><b>Frühere Verhütungsmethoden:</b></p> <p><b>Pilleneinnahme</b>                    Nein            Ja          von _____ bis _____</p> <p><b>Spirale</b>                                Nein            Ja          von _____ bis _____</p>	<p><b>letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Frauenarzt:</b>          Datum: _____</p> <p>Bitte letzten Pap-Befund vorlegen!</p>																																						
<p><b>Schwangerschaften?</b>    nein</p>																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jahr</th> <th rowspan="2">Geburt</th> <th rowspan="2">Eileiter-SS</th> <th rowspan="2">Fehlgeburt/SW</th> <th rowspan="2">Abbruch/SSW</th> <th colspan="2">dieser Partner</th> <th rowspan="2">spontan</th> <th rowspan="2">Behandlung.</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SW	Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.	Ja	Nein						Ja	Nein								Ja	Nein								Ja	Nein		
Jahr	Geburt						Eileiter-SS	Fehlgeburt/SW			Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.																								
		Ja	Nein																																				
					Ja	Nein																																	
					Ja	Nein																																	
					Ja	Nein																																	

### Frau

### Mann

<p><b>Familienkrankengeschichte:</b></p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Familienkrankengeschichte:</b></p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Eigene Erkrankungen:</b></p> <p>Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p>Zuckerkrankheit: _____</p> <p>Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p>Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p>Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p>Seelische Erkrankungen: _____</p> <p>Allergien: _____</p> <p>_____</p> <p>andere Erkrankungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Eigene Erkrankungen:</b></p> <p>Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p>Zuckerkrankheit: _____</p> <p>Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p>Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p>Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p>Seelische Erkrankungen: _____</p> <p>Allergien: _____</p> <p>Hodenhochstand _____</p> <p>Mumps/Ziegenpeter _____</p> <p>Krampfadern am Hoden _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



**Frau**

**Mann**

<b>Medikamente</b> Name                      Dosis                      Keine Indikation _____ _____ _____			<b>Medikamente</b> Name                      Dosis                      Keine Indikation _____ _____ _____		
<b>Operationen</b> Jahr                      Klinik                      Keine OP _____ _____ _____			<b>Operationen</b> Jahr                      Klinik                      Keine OP _____ _____ _____		
<b>Bisherige Diagnostik</b> Jahr                      Praxis/Klinik                      Keine Diagnose _____ _____ _____			<b>Bisherige Diagnostik</b> Jahr                      Praxis/Klinik                      Keine Diagnose _____ _____ _____		
<b>Bisherige Therapie</b> Jahr                      Praxis/Klinik                      Keine Therapie _____ _____ _____			<b>Bisherige Therapie</b> Jahr                      Praxis/Klinik                      Keine Therapie _____ _____ _____		
			<b>Schwangerschaften erzielt:</b> Ja      Nein mit diesem Partner                      _____ mit anderem Partner                      _____		
<b>Wie häufig haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr?</b> ca. ____mal pro Woche oder ca. _____mal pro Monat nur um den Eisprung herum in letzter Zeit gar nicht Bemerkungen:					
<b>Sonstiges:</b>					

Magdeburg, \_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patientin**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Partner**