

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE: (nur von Sportlerinnen auszufüllen)

Alter bei 1. Periode: Jahre. Ist die Menstruation regelmäßig? Ja , alle Tage / Nein

Zeitpunkt der letzten Periode: vor.....Tagen , Wochen , Monaten

Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel? Nein / Ja : Pille Welche?
Spirale / Sonstiges

Zahl der Schwangerschaften: / Zahl der Geburten:

Ist die Leistungsfähigkeit während der Menstruation herabgesetzt? Ja Nein

Anmerkungen des Arztes:
.....
.....

Befund	
Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> o.B.	Kopf und Hals <input type="checkbox"/> o.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Sinnesorgane: <input type="checkbox"/> o.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brustkorb und Lunge: <input type="checkbox"/> o.B.	Herz- und Kreislauf: <input type="checkbox"/> o.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bauchorgane: <input type="checkbox"/> o.B.	Wirbelsäule: <input type="checkbox"/> o.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nervensystem: <input type="checkbox"/> o.B.	Gliedmaßen: <input type="checkbox"/> o.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>