

## VORBEREITUNG AUF DEIN ARZTGESPRÄCH

Eine gute Vorbereitung kann deiner Ärztin oder deinem Arzt helfen, die richtige Diagnose zu stellen und schnell eine passende Therapie zur Linderung deiner Beschwerden zu finden.

### CHECKLISTE – SPRICH ALLE PUNKTE AN, DIE DU MIT „JA“ BEANTWORTET HAST:

NEIN	JA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denkst du, deine Periode könnte zu stark sein in Bezug auf zu viel Blut oder zu starke Schmerzen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlst du dich durch deine Periode im Alltag eingeschränkt? Sorgst du dich z. B. um durchgeblutete Kleidung oder planst du Aktivitäten so, dass du währenddessen nicht deine Periode hast?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musst du deine Periodenprodukte auch nachts wechseln?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brauchst du zusätzlich zu den Periodenprodukten schützende Materialien, um nicht durch die Kleidung oder auf Sitzflächen zu bluten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommt deine Periode manchmal völlig unerwartet?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheidest du während deiner Periode manchmal große Blutklumpen aus?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlst du dich während deiner Periode manchmal erschöpft und außer Atem?

### SPRICH ES AN, WENN DU ...

- regelmäßig Medikamente einnimmst
- Vorerkrankungen hast
- Familienangehörige mit Erkrankungen hast, die sich auf eine starke Periode beziehen

---

---

---

---

---

---

---

# DOKUMENTIERE DEINE PERIODE ÜBER MINDESTENS 3 MONATE:

MONAT: \_\_\_\_\_

Anzahl der Periodentage: \_\_\_\_\_

Markiere deine Periodentage:

Anzahl der Tampons/ Binden/  
Leerungen am stärksten Tag: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

MONAT: \_\_\_\_\_

Anzahl der Periodentage: \_\_\_\_\_

Markiere deine Periodentage:

Anzahl der Tampons/ Binden/  
Leerungen am stärksten Tag: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

MONAT: \_\_\_\_\_

Anzahl der Periodentage: \_\_\_\_\_

Markiere deine Periodentage:

Anzahl der Tampons/ Binden/  
Leerungen am stärksten Tag: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---