

Ärztliche Bestätigung der Diagnose einer primären oder sekundären Dysmenorrhoe zu Studienzwecken

Hiermit bestätige ich, dass bei der Patientin:

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geburtstag

Folgende Diagnose vorliegt:

- Primäre Dysmenorrhoe (N94.4),
- Sekundäre Dysmenorrhoe (N94.5),
- Dysmenorrhoe, nicht näher bezeichnet (N94.6).

Im Falle von N94.5 (und ggf. N94.6) sind folgende, für die Dysmenorrhoe ursächliche Diagnosen bekannt:

Datum

Unterschrift