

Willkommen - um Dich besser kennen zu lernen, möchten wir Dich bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten. Gerne kannst Du den Bogen auch zu Hause mit Hilfe Deiner Eltern ausfüllen und zum Gespräch mitbringen.

Möchtest Du eine Frage nicht beantworten, so lass diese einfach unbeantwortet. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht (und die gilt übrigens auch gegenüber Deinen Eltern).

Vielen Dank! Dein Praxisteam

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Namen der Eltern:

Schule / Ausbildung:

Hobbies:

Wer ist Dein Kinderarzt und / oder Hausarzt?

Wurdest Du geimpft (bitte **Impfbuch** mitbringen!)?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Mumps, Masern, Röteln | <input type="checkbox"/> geimpft | <input type="checkbox"/> durchgemacht |
| Windpocken (Varizellen) | <input type="checkbox"/> geimpft | <input type="checkbox"/> durchgemacht |
| Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> geimpft | |
| Wundstarrkrampf (Tetanus) | <input type="checkbox"/> geimpft | |
| Kinderlähmung (Polio) | <input type="checkbox"/> geimpft | |
| Gelbsucht (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> geimpft | |
| Gebärmutterhalskrebs (HPV) | <input type="checkbox"/> geimpft | |

Bestehen Allergien?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Kontrastmittel |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> andere: |

Nimmst du regelmässig Medikamente ein?

- Nein Ja; und zwar:

Hast oder hattest du bestimmte Erkrankungen?

- | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung. | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Thrombose (Blutgerinnsel). | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Varizen (Krampfadern) |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: | |



- Bist du schon mal operiert worden? Nein
- Ausschabung: wann? Eierstock-OP: wann?
- Brust-OP: wann? Blinddarm: wann?
- Andere: welche und wann?

- Rauchst Du? Nein Ja: wie viel pro Tag?
- Trinkst Du regelmässig Alkohol? Nein Ja: wie viel pro Tag?
- Nimmst Du Drogen? Nein Ja: welcher Art?

- Gibt es in deiner Familie schwere Krankheiten? Nein
- Schlaganfall: wer: Herzinfarkt: wer:
- Thrombose: wer: Lungenembolie: wer:
- Diabetes: wer: Brustkrebs: wer:
- Unterleibskrebs: wer:
- andere Krebsarten: wer und was:
- angeborene Fehlbildungen: wer und was:
- Chromosomenstörungen (z.B. Down-Syndrom): wer und was:

Wie alt warst Du bei Deiner ersten Periode? Jahre

Wann war Deine letzte Periode? (Datum des 1. Blutungstages):

Wie ist deine Regelblutung?

- stark mittel schwach
- etwas schmerzhaft sehr schmerzhaft
- regelmäßig: Abstand zwischen 2 Blutungen (Beginn bis Beginn): Tage
- unregelmässig: grösster und kleinster Abstand: Tage bis Tage
- Dauer einer Blutung: ca. Tage

Hattest du schon Geschlechtsverkehr?

- Nein Ja – Wie alt warst Du beim ersten Mal? Jahre

Verhütetest Du?

- Nein
- Kondom Vaginalring Pflaster Pille, Name:
- Stäbchen Spirale mit / ohne Hormon

Warst Du schon Mal schwanger?

- Nein Ja

Hast du momentan Beschwerden?

- Nein Ja, welche?

Und das Wichtigste: Welche Fragen hast Du an uns? Worüber möchtest Du sprechen?

- Periode Verhütung
- Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs andere Fragen:
-