

## ANAMNESE – BOGEN TEENAGER

i

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Es ist soweit – Du hast Deinen ersten Termin beim Frauenarzt. Das wird bei Dir einige Aufregung verursachen. Aber keine Angst! Beim ersten Besuch in unserer Praxis wird zunächst einmal ein Gespräch mit Dir geführt um Deine Fragen zu beantworten. Wenn Du keine Beschwerden hast, musst Du nicht gleich beim ersten Besuch untersucht werden.

Für uns ist es wichtig einiges über Dich zu erfahren. Wir bitten Dich deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Deine Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt.

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer

\_\_\_\_\_

Telefon (Privat)

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Wohnort

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Hausarzt

\_\_\_\_\_

Größe (cm)

\_\_\_\_\_

Gewicht (kg)

\_\_\_\_\_

Erster Tag der letzten Regel

\_\_\_\_\_

Dauer der Blutung (Tage)

#### Ist die Blutung:

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Schwach | <input type="radio"/> Regelmäßig   |
| <input type="radio"/> Normal  | <input type="radio"/> Unregelmäßig |
| <input type="radio"/> Stark   | <input type="radio"/> Schmerzhaft  |

**Rauchst Du?**

Nein  Ja \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

**Trinkst Du Alkohol?**

Nie  Gelegentlich  Regelmäßig

**Hast Du Allergien?**

Nein  Ja, gegen was? \_\_\_\_\_

**Hattest Du Operationen?**

Nein  Ja. Was? Wann? \_\_\_\_\_

**Hast Du / hattest Du eine der folgenden Erkrankungen:**

- Thrombose
- Migräne
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Nierenerkrankungen
- Gemütskrankung
- Lebererkrankungen
- Gerinnungsstörung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pille (Name)

\_\_\_\_\_

Sonstige Verhütung

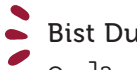
**Gibt es Erkrankungen in Deiner Familie?**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_



**Hattest Du schon einmal Geschlechtsverkehr?**

Ja  Nein



**Bist Du gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft? (HPV-Impfung)**

Ja  Nein

i

Ich bin mit der praxisinternen elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name der Patientin

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin