



# Mädchen Fragebogen

## Frauenarztpraxis Dr. Anja Krebs

---

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Rauchst du? \_\_\_\_\_ wenn ja, wieviele? \_\_\_\_\_

Gibt es in deiner Familie bestimmte Krankheiten? (z.B. Thrombosen, Allergien, Krebs)

---

Hast oder hattest du bestimmte Erkrankungen? (z.B. Migräne, Thrombosen, Allergien)

---

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Welche sind das?

---

Bist du schon mal operiert worden? – Wenn ja, wann und weshalb?

---

Wann hattest du deine allererste Regelblutung, wann deine letzte?

Erst Blutung: \_\_\_\_\_ Letzte Blutung: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden hast du zur Zeit?

---

Hast Du noch Fragen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hattest du schon Geschlechtsverkehr?

ja  nein

Hautprobleme ( Pickel, fettige Haut)

stark                    leicht                    gar nicht

Starke Körperbehaarung

stark                    leicht                    gar nicht

Regelschmerzen

stark                    leicht                    gar nicht

Kopfschmerzen während der Regelblutung

stark                    leicht                    gar nicht

Unregelmäßige Blutungen

stark                    leicht                    gar nicht

Datum: \_\_\_\_\_