

## FRAGEBOGEN ZUR MÄDCHENSPRECHSTUNDE

Liebe Patientin, liebe Jugendliche,

mit diesem Fragebogen bitten wir Dich, uns ein paar Fragen vor unserem Gespräch zu beantworten. Dadurch können wir besser einschätzen, wobei Du eventuell Unterstützung brauchst und was Deine Wünsche und Erwartungen für den heutigen Termin sind.

Wir empfehlen Dir, den Bogen alleine auszufüllen. Hierbei darfst Du Fragen, mit denen Du Dich nicht wohlfühlst, aber auch unbeantwortet lassen. Ganz wichtig für Dich zu wissen: Deine Antworten sind nur für uns Ärzte bestimmt und wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHE DATEN

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### FRAGEN ZU DEINER HÄUSLICHEN UMGEBUNG UND DEINEM HINTERGRUND

Wer wohnt noch bei Dir zu Hause? (zum Beispiel Eltern, Geschwister, Großeltern)

\_\_\_\_\_

Welche Sprache wird bei Euch zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

In welche Schule gehst Du derzeit? \_\_\_\_\_

Ich mache bereits eine Ausbildung zur \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Hobbys hast Du? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE FRAGEN

Warst Du schon bei der J1-Vorsorgeuntersuchung beim Kinder- und Jugendarzt?  ja  nein  weiß nicht

Bestehen bei Dir Erkrankungen, wegen derer Du regelmäßig in Behandlung bist?  
Wie zum Beispiel Diabetes, Migräne, Depression, ....?  ja  nein

Falls ja, welche? : \_\_\_\_\_

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Falls ja, welche? : \_\_\_\_\_

Hast Du Allergien?  ja  nein

Falls ja, welche? : \_\_\_\_\_

Bist Du schon mal operiert worden oder lagst im Krankenhaus? (zum Beispiel Blinddarm)  ja  nein

Falls ja, welche? : \_\_\_\_\_

Weißt Du, ob Du geimpft wurdest gegen Gebärmutterhalskrebs/HPV-Impfung?  ja  nein  weiß nicht

Hast Du besondere Essgewohnheiten?

Ich ernähre mich vegetarisch.  Ich ernähre mich vegan.  Ich nehme jeden Tag mindestens eine warme Mahlzeit zu mir.

Rauchst du?  ja  nein Falls ja, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_

Wie viel Erfahrung hast Du mit Alkohol? Wird in Deinem Freundeskreis Alkohol getrunken?

regelmäßig am Wochenende  nur gelegentlich/schon mal ausprobiert

Ich habe noch gar keine Erfahrung mit Alkohol gemacht.

In Deinem Alter sehen wir Ärztinnen und Ärzte immer wieder Mädchen/junge Frauen, die aufgrund ihrer Stimmung und ihren Gefühlen eine ärztliche Behandlung benötigen. Dies kann sich durch eine vermehrte Traurigkeit, aber auch durch eine gesteigerte Aggressivität und Wut zeigen.

Beobachtest Du bei Dir selbst auch solche Gefühle, die Dich und/oder Deine Familie belasten?  ja  nein  Vielleicht

Falls ja, welche? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FRAGEN ZUR PERIODENBLUTUNG

Hast Du schon Deine erste Periodenblutung gehabt?

ja  nein

Datum der ersten Periode, ca. am \_\_\_\_\_

Für alle Mädchen zu beantworten, die bereits ihre Blutungen haben:

Bei vielen Frauen kommt die Regelblutung nicht genau alle vier Wochen beziehungsweise beginnt nicht exakt am selben Tag des Monats. Wie ist es bei Dir? Wie oft kommt sie?

zirka einmal pro Monat  seltener als einmal im Monat  häufiger als einmal im Monat

Verwendest Du eine Zyklus-App? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage dauert Deine Periodenblutung im Durchschnitt (von/bis)? \_\_\_\_\_

Was benutzt Du, um das Blut aufzufangen?

Tampons  Binden  Menstruationstasse  Menstruationsunterwäsche

Ist Deine Regelblutung so stark, dass Deine Kleidung trotz Hygieneartikeln blutig wird?

nein  gelegentlich  regelmäßig

Hast Du wegen Periodenschmerzen schon mal Schmerztabletten genommen?

Ja, ich brauche regelmäßig Schmerztabletten.

Ja, manchmal brauche ich eine Schmerztablette.

Nein, ich komme ohne Schmerztabletten zurecht.

## FRAGEN ZUR SEXUALITÄT/VERHÜTUNG

*Hinweis: Deine Antworten sind freiwillig. Wenn Du Dich mit einer Frage unwohl fühlst, lässt Du sie einfach unbeantwortet.*

Hast Du schon sexuelle Erfahrungen gemacht? (zum Beispiel Küssen, Petting)

ja  nein

Hast Du bereits mit einem Jungen geschlafen?

ja  nein

Wenn ja, wie habt ihr verhütet?:

Kondom  Pille  gar nicht  Sonstiges \_\_\_\_\_

## FRAGEN ZUM EIGENEN KÖRPER

Gibt es Stellen an Deinem Körper oder Themen, über die Du heute gerne Fragen stellen würdest?  
Wenn ja, dann kreuze diese einfach an.

- Körpergröße
- Körpergewicht
- Haut
- Haare
- Brust
- Schamlippen
- andere Stellen: \_\_\_\_\_

## AKTUELLES

Hast Du spezielle Fragen? Ist Dir etwas besonders wichtig?

---

---

---

Wie bist Du auf die Möglichkeit dieser Untersuchung aufmerksam geworden? Wie zum Beispiel Empfehlung durch Ärztin/Arzt, Mutter oder Freundin, Information meiner Versicherung, Internet, soziale Medien

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin | Versicherter