



## Anamnesebogen

Bevor Sie in meine Sprechstunde kommen, möchte ich Ihnen noch gern ein paar Fragen stellen.

Wie alt sind Sie? ..... Jahre

Körpergröße? ..... cm      Körpergewicht? ..... kg

### Welche Impfungen hatten Sie bis jetzt?

|                                   |                            |                          |            |                            |                          |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------|----------------------------|--------------------------|
| Mumps/Masern/Röteln               | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Windpocken | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Diphtherie/Tetanus/ Kinderlähmung | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Hepatitis  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Keuchhusten                       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | HPV        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Covid 19                          | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | FSME       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Andere Impfungen: .....

Was machen Sie gern?

.....

Machen Sie Sport?  ja, welchen?.....  nein

Treffen Sie sich gerne mit Freunden?  ja  nein

Gehen Sie zur Schule oder machen Sie schon eine Ausbildung? Wo und was?

.....

Wie sieht Ihre Ernährung aus?

.....

Wie viele Stunden verbringen Sie pro Tag vor den Digitalen Medien? (PC, Handy, digitale Medien)

.....

Schlafen Sie gut?  ja  nein

Wie oft sind Sie im Jahr krank?  1-2 pro Jahr  mehr als 2x pro Jahr

Wie sind Sie geboren?  Normale Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke

Sind Sie eine Frühgeburt?  ja, vor 37 Schwangerschaftswoche  nein

Besteht bei Ihnen eine spezielle Erkrankung?

.....

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja, welche .....  nein

Hatten Sie bereits eine Operation?  ja, welche .....  nein

Bestehen Allergien bei Ihnen?  nein  ja, welche.....

Haben Sie schon Erfahrungen mit Nikotin/Alkohol /anderen Drogen?

ja, welche.....  nein

Haben Sie Ihre Periode schon gehabt?  ja, wann? .....  nein

Wie stark ist Ihre Periode?  sehr stark  normal  wenig

Haben Sie Schmerzen bei der Periode und wenn ja wie lange?  ja, Dauer .....Tage

Hatten Sie bereits Sex?  ja  nein

Haben Sie bereits Erfahrung mit Verhütungsmethoden (z.B.: Pille, Kondome )?

ja, welche.....  nein

Haben Sie Probleme mit fettiger Haut/ Akne/ Haarausfall  nein  ja, seit .....

Haben Sie Geschwister, wenn ja wie viele und sind diese gesund?

.....

Besteht eine Erkrankung bei Ihren Eltern?

z.B.: Diabetes, Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs

.....

Welche speziellen Fragen haben Sie an mich?

.....

.....

Möchten Sie etwas über Verhütung erfahren?

.....

Wenn ja, was interessiert Sie im Besonderen?

.....

.....