



Teenagersprechstunde – dein Erstbesuch in unserer Praxis

Persönliche Daten

Vor- und Nachname _____

Adresse _____

Telefon _____ Körpergröße _____

Mobil _____ Gewicht _____

Fragen

Leidest du an bestimmten Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Wurdest du schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, welche Operation? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bist du Raucherin? ja nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchst du pro Tag? _____ Zigaretten/Tag

Wann war deine erste Periode? mit _____ Jahren

Wann hattest du zum letzten mal deine Periode? am _____

Hast du Beschwerden während der Periode? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hattest du bereits Geschlechtsverkehr? ja nein

Am besten du druckst das Blatt aus und bringst es zu deinem Termin mit.

Auf der Rückseite kannst du dir Fragen und Themen für die du dich interessierst notieren.