

Fragebogen zur M1

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 sind für den heutigen Termin.

Wir empfehlen Dir, den Bogen alleine auszufüllen. Hierbei darfst Du Fragen, mit denen Du Dich
nicht wohl fühlst, aber auch unbeantwortet lassen.

Ganz wichtig für Dich zu wissen: Deine Antworten sind nur für uns Ärzte bestimmt und wir unter-
liegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Handy _____

Nr.: _____ E-Mail: _____

Fragen zu deiner häuslichen Umgebung und deinem Hintergrund

1. Wer wohnt noch bei Dir zu Hause (z.B. Eltern, Geschwister, Großeltern?):

2. Welche Sprache wird bei Euch zu Hause gesprochen? _____

3. In welche Schule gehst Du derzeit?

Ich mache bereits eine Ausbildung zur _____

Sonstiges _____

4. Welche Hobbies hast Du? _____

Allgemeine Fragen

1. Warst Du schon bei der J1 (VorsorgeU beim Kinder- und Jugendarzt)?
 ja nein weiß nicht
2. Bestehen bei Dir Erkrankungen, wegen denen Du regelmäßig in Behandlung bist?
z.B. Diabetes, Migräne, Depression, Allergien,
 ja, folgende: _____
 nein
3. Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?
 ja, folgende: _____
 nein
4. Hast Du Allergien?
 ja, folgende: _____
 nein
5. Bist Du schon mal operiert worden oder lagst im Krankenhaus? (z.B. Blinddarm)
 ja, wegen Folgendem: _____
 nein
6. Weißt Du, ob Du geimpft wurdest gegen Gebärmutterhalskrebs / HPV-Impfung?
 ja nein
7. Hast Du besondere Essgewohnheiten?
 ich ernähre mich vegetarisch
 ich ernähre mich vegan
 ich nehme jeden Tag mindestens eine warme Mahlzeit zu mir
8. Rauchst Du regelmäßig?
 ja, ca. ____ Zigaretten pro Tag nein
9. Wieviel 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
10. In Deinem Alter sehen wir Ärzte immer wieder Mädchen / junge Frauen, die wegen ihrer Stimmung und ihren Gefühlen eine 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?
 ja
 nein vielleicht, ich kann es selbst nicht einschätzen

Fragen zur Periodenblutung

1. Hast Du schon Deine erste Periodenblutung gehabt?

- Ja, diese fand statt zirka (Datum) am: _____
 Nein

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

2. Bei vielen Frauen kommt die Regelblutung nicht genau alle 4 Wochen bzw. beginnt nicht exakt am gleichen Tag des Monats. Wie ist es bei Dir?

- ca. 1x pro Monat seltener als 1x im Monat häufiger als 1x im Monat

3. Verwendest Du eine Zyklus-App? (Wenn ja, welche?)

- nein ja, und zwar: _____

4. Wie viele Tage dauert Deine Periodenblutung im Durchschnitt (von – bis)? _____

5. Was benutzt Du, um das Blut aufzufangen?

- Tampons Binden Menstruationstasse Menstruationsunterwäsche

6. Ist Deine Regelblutung so stark, dass Deine Kleidung trotz Hygieneartikeln blutig wird? nein. gelegentlich regelmäßig

7. Hast Du schon mal Schmerztabletten gebraucht wegen Deinen Periodenschmerzen?

- ja, ich brauche regelmäßig Schmerztabletten
 ja, manchmal brauche ich eine Schmerztablette
 nein, ich komme ohne Schmerztabletten zurecht

Fragen zur Sexualität / Verhütung

(Deine Antworten sind freiwillig: Wenn Du Dich mit einer Frage unwohl fühlst, lässt Du sie einfach unbeantwortet)

1. Hast Du schon Erfahrungen gemacht mit der Sexualität (z.B. Küssen, Petting)?

- ja nein

2. Hast Du bereits mit einem Jungen geschlafen? nein ja, dabei haben wir mit. Kondom Pille gar nicht sonstiges: _____ verhütet

Fragen zum eigenen Körper

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

- Haut Haare Brust Schamlippen Körpergröße Körpergewicht

Wünsche an den heutigen Termin / spezielle Fragen:

Wie bist Du darauf aufmerksam geworden, dass es diese Untersuchung gibt?
(z.B. Empfehlung durch Arzt / Mutter / Freundin)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherte



BVF Berufsverband
der Frauenärzte



Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten sowie deren Sorgeberechtigten

Für die besondere Versorgung von Mädchen durch die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Vertrag § 140a SGB V
„Mädchensprechstunde – M1“

(aufklärender Arzt)

Für den Arzt: postalische Übersendung
BKK Landesverband Bayern
Programm „Mädchensprechstunde M1“
Züricher Str. 25, 81476 München

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig ist und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme an dem Vertrag „Mädchensprechstunde – M1“ kann nur bei einer/einem teilnehmenden Fachärztin/ -arzt für Frauenheilkunde erfolgen. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt auch während der Teilnahme innerhalb der teilnehmen Fachärztinnen oder -ärzten für Frauenheilkunde erhalten.

Ich verpflichte mich für die Dauer meiner Teilnahme, i.d.R. bis zur vollständigen Leistungserbringung der Mädchensprechstunde – M1, alle zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen Untersuchungen wahrzunehmen und insbesondere den Fragebogen zur M1 als Basis des ärztlichen Gesprächs auszufüllen.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich und meine Eltern (jeweils im Namen und mit Zustimmung des anderen Elternteils) schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der BKK mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag kann ich mit Zustimmung meines gesetzlichen Vertreters (ein Sorgeberechtigter jeweils im Namen und mit Zustimmung des anderen Elternteils) innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die BKK bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die BKK auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.



Die Teilnahme endet:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der BKK,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit Zugang einer außerordentlichen Kündigung,
- mit dem Datum, zu dem die BKK meine Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einer/einem nicht teilnehmenden Ärztin bzw. Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag,
- mit Ende der Teilnahme der/-s betreuenden Frauenärztin/-arztes.

Einverständniserklärung

Ich und meine Eltern sind über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und ich wünsche eine Teilnahme. Meine Eltern stimmen diesem Wunsch ausdrücklich zu. Dabei ergeht die Zustimmung des Elternteils auch für den anderen sorgeberechtigten Elternteil.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und meine Eltern und ich sind mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Meine Eltern und ich erklären, dass ich bei der angegebenen BKK versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile und bei Änderung des Versichertenverhältnisses meiner/-n behandelnden Ärztin/Arzt informiere.

Neueinschreibung

Wechsel der Krankenkasse: zum: Krankenkasse:

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Mein gesetzlicher Vertreter und ich erklären hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir und meinen Eltern ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Datum

Unterschrift Versicherte

Erklärung des gesetzlichen Vertreters:

Ich erkläre mich als gesetzlicher Vertreter ebenfalls mit der Teilnahme meiner Tochter einverstanden. Das Einverständnis ergeht dabei auch im Namen des jeweils anderen Sorgeberechtigten.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

05.2024