

Anamnesebogen für die Verordnung oraler Kontrazeptiva

Liebe Patientin,
wir möchten für Sie die optimale Verhütungsmethode auswählen. Um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und um mögliche Risiken bei der Verordnung nicht zu übersehen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten und die zutreffenden Antworten anzukreuzen:

Angaben zur Person:

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Regelblutung:

Blutungsrhythmus	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig		
Zwischenblutungen	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nie
Zykluslänge (Tage)	<input type="checkbox"/> Weniger als 24	<input type="checkbox"/> Mehr als 34	<input type="checkbox"/> 24-34
Blutungsdauer (Tage)	<input type="checkbox"/> Länger als 7	<input type="checkbox"/> 7 oder kürzer	
Blutungsstärke (Vorlagen/Tag)	<input type="checkbox"/> Stark (>5)	<input type="checkbox"/> Schwach (<2)	<input type="checkbox"/> Mittel (2-5)
Schmerzen vor und/oder während der Periode?	<input type="checkbox"/> Ja, stark	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Nein (schwach)

Andere zyklusabhängige Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Ein paar Fragen zu Ihrer allgemeinen Situation

Haben Sie schon andere Verhütungsmethoden verwendet? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Hautprobleme, z.B. fettige Haut, Akne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist komplette Blutungsfreiheit erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie dazu, Tabletteneinnahmen zu vergessen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie Informationen über Alternativen zur klassischen kombinierten Pille, wie z.B. Hormon- oder Kupferspirale, östrogenfreie Pille, Vaginalring, 3-Monats-Spritze?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Thrombose oder Lungenembolie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Herzinfarkt oder Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Krebserkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Blutgerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Diabetes mellitus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Chronische Herz- oder Lungenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Angina pectoris (Herzschmerzen)/Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Hohe Blutfettwerte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Leber- oder Gallenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Starke Kopfschmerzen/Migräne? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen,
Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches voraus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Andere chronische Erkrankung? (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, usw.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Risikofaktoren

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ | | |
| Haben Sie Krampfadern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese? _____ | | |
| Treten Sie häufig Langstreckenflüge an? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Steht demnächst eine größere Operation oder eine längere
Immobilisierung an? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie vor kurzem eine Geburt und/oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, unter welchen? _____ | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Hatte ein naher Angehöriger (Mutter/Vater/Geschwister/Großeltern/Kinder)
eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wer und in welchem Alter? _____ | | |
| - Thrombose/Lungenembolie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Angina pectoris/Stent/Bypass? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Hohe Blutfettwerte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Krebs? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort, Datum

Unterschrift*

*Hiermit bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben.
Dieser Anamnesebogen dient dem Arzt als Dokumentationshilfe und erhebt keinen Anspruch auf
Vollständigkeit.