

FB A09 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 bitte anzukreuzen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ RR: _____ Datum: _____

Regelblutung

- Blutungsrhythmus Unregelmäßig Regelmäßig
 - Zwischenblutungen Häufig Selten Nie
 - Zykluslänge (Tage) Weniger als 24 24-34 mehr als 34
 - Blutungsdauer (Tage) Länger als 7 7 oder kürzer
 - Blutungsstärke (Vorlagen/Tag) Stark (>5) Schwach (<2) Mittel (2-5)
 - Schmerzen vor der Periode Ja, stark Ja, mäßig Nein bzw. schwach
 - Schmerzen während der Periode Ja, stark Ja, mäßig Nein bzw. 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? Ja Nein
- Wenn ja, welche?

- Haben Sie Hautprobleme, z.B. fettige Haut, Akne? Ja Nein
- Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden? Ja Nein
- Ist komplette Blutungsfreiheit erwünscht? Ja Nein
- Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen? Ja Nein
- Haben Sie in den letzten Monaten die Pilleneinnahme vergessen? Ja Nein
- Mussten Sie auf die Pille danach zurückgreifen? Ja Nein
- Ist Ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig? Ja Nein
- Wünschen Sie Informationen über die Alternativen zur klassischen „Anti-Baby-Pille“? Z.B. Spirale, Vaginalring... Ja Nein

Bitte wenden – Seite 1 von 2

Risikofaktoren und Erkrankungen

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- Thrombose oder Lungenembolie Ja Nein
- Herzinfarkt oder Schlaganfall Ja Nein
- unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit Ja Nein
- Krebserkrankung Ja Nein

Bestehen bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten:

- Blutungsneigung Ja Nein
- Diabetes mellitus Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung Ja Nein
- Angina pectoris (Herzschmerzen / Herzrhythmusstörung) Ja Nein
- Hohe Blutfettwerte Ja Nein
- Leber- oder Gallenerkrankung Ja Nein
- Andere chronische Erkrankungen (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa usw) Ja Nein
- Starke Kopfschmerzen / Migräne Ja Nein

Wenn ja, gehen den Schmerzen Sehstörung, Sprachstörung, Taubheitsgefühl oder ähnliches voraus? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Ja Nein

Haben Sie Krampfadern? Ja Nein

Wenn ja, wie äußern sich die Beschwerden? _____

Treten Sie häufig Langstreckenflüge an? Ja Nein

Steht demnächst eine größere Operation oder Bewegungseinschränkung an? Ja Nein

Hatten Sie vor kurzem eine Geburt und / oder stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien? Welche? _____ Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie oder ein naher Angehöriger eine der folgenden Erkrankungen/ Beschwerden?

- Thrombose / Lungenembolie Ja Nein
- Herzinfarkt Ja Nein
- Schlaganfall Ja Nein
- Angina pectoris / Stent / Bypass Ja Nein
- Hohe Blutfettwerte Ja Nein
- Krebs Ja Nein

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum: _____ Unterschrift Patient oder Betreuer: _____

Erstellt von: Kopp	Freigegeben von: Schlamberger	Geändert durch: Kopp	Version 6
Datum: 20.04.15	Datum: 25.11.21	Datum: 23.11.21	