

Aufdruck Patientin – Name



Dr. med. ISABELLE SÖZGEN
Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe

ANAMNESEBOGEN FÜR DIE VERORDNUNG ORALER KONTRAZEPTIVA (PILLE)

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.

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Blutdruck: _____

Regelblutung:

- Blutungsrhythmus unregelmäßig regelmäßig
- Zwischenblutungen häufig selten nie
- Zykluslänge (Tage) < 24 Tage > 34 Tage 24-34 Tage
- Blutungsdauer (Tage) > 7 Tage ≤ 7 Tage
- Blutungsstärke (wie viele Binden oder Tampons pro Tag?) Stark (>5) schwach <2 mittel (2-5)
- Schmerzen vor/bei der Periode? ja, stark ja, mäßig nein bzw. schwach
- andere zyklusabhängige Beschwerden?
(z.B. Brustspannen, Kopfweh?) ja nein was? _____

Allgemeine Fragen:

- Haben Sie schon andere Verhütungsmethoden angewandt? ja nein
 welche? _____
- Hautprobleme? Fettige Haut? Akne? ja nein
- verstärkte Körperbehaarung? ja nein
- Möchten Sie keine Blutung haben? ja nein
- Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen? ja nein
- Neigen Sie dazu, Tabletteneinnahme zu vergessen? ja nein
- Ist Ihr Tagesablauf unregelmäßig? ja nein
- Wünschen Sie Infos über Alternativen zu Anti-Baby-Pille?
(z.B. Spirale, Vaginalring, 3-Monats-Spritze) ja nein



Risikofaktoren und Erkrankungen:

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Thrombose oder Lungenembolie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzinfarkt oder Schlaganfall? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| unklare Ohnmachstanfälle oder Bewusstlosigkeit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krebserkrankungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| Blutgerinnungsstörung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Diabetes mellitus? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bluthochdruck? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Chronische Herz- oder Lungenerkrankung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angina pectoris (Herzschmerzen)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Herzrhythmusstörungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| hohe Blutfettwerte? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Leber- oder Gallenerkrankungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| starke Kopfschmerzen / Migräne? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Falls ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle o. ä. voraus? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| andere chronische Erkrankungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| (z.B. M.Crohn, Colitis ulcerosa, Syst. Lupus, ...) falls ja, was? _____ | | | | | |

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja, wieviel? _____ | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Krampfadern? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, haben Sie Beschwerden? | <input type="radio"/> ja, welche? _____ | <input type="radio"/> nein |
| Treten Sie häufig Langstreckenflüge an? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist eine größere OP geplant ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie vor kurzem geboren oder stillen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten? | <input type="radio"/> ja, welche? _____ | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> ja, welche? _____ | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Pflanzenpräparate ein? | <input type="radio"/> ja, welche? _____ | <input type="radio"/> nein |

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden? Wenn ja, in welchem Alter?

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Thrombose / Lungenembolie | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein | Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein | Angina pectoris / Stent / Bypass | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein | Krebs | <input type="radio"/> ja _____ | <input type="radio"/> nein |

Karlsruhe, den _____ Unterschrift: _____
(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Fragen nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.)