

Verhütung

Praxisstempel

_____ geb. am _____
 Name, Vorname des Versicherten

_____ Gewicht _____
 Größe

Liebe Patientin,

dieser Fragebogen dient dazu für Sie die optimale Verhütungsmethode auszuwählen und um mögliche Risiken bei der Verordnung nicht zu übersehen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben an, bei Fragen oder Unklarheiten vermerken Sie diese und besprechen sie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Menstruationszyklus

Wann war Ihre letzte Regelblutung?	In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?		
_____	_____		
Wie lange dauert Ihr Zyklus?			
<input type="checkbox"/> < 24 Tage	<input type="checkbox"/> 24-32 Tage	<input type="checkbox"/> > 32 Tage	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Wie lange dauert Ihre Regelblutung?	Wie stark ist Ihre Regelblutung?		
_____ Tage	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark		

Schwangerschaft und Geburt

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten	
_____ natürliche Geburt/en	_____ Kaiserschnitt/e
Zeitpunkt: _____	Zeitpunkt: _____
Zeitpunkt: _____	Zeitpunkt: _____
Zeitpunkt: _____	Zeitpunkt: _____
Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann und welche? _____	

Medikation

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche? _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche? _____	

Verhütung

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 3-Monatsspritze | <input type="checkbox"/> Hormonspirale | <input type="checkbox"/> Kondom/Barrieremethode |
| <input type="checkbox"/> Kupferspirale / -kette | <input type="checkbox"/> Mini-Pille | <input type="checkbox"/> Pille | <input type="checkbox"/> Pflaster |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation | <input type="checkbox"/> Sterilisation des Partners | <input type="checkbox"/> Vaginalring | <input type="checkbox"/> Verhütungsstäbchen |

Erkrankungen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hohe Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Hormonstörung |
| <input type="checkbox"/> HUS | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie |
| <input type="checkbox"/> SLE | <input type="checkbox"/> Thrombose | | |

Risikofaktoren

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag? _____

Sind Sie für längere Zeit bewegungseingeschränkt?

- Bewegungseinschränkung (z. B. Gips/Verband, Bettlägrigkeit)
- Anstehende oder kürzliche Operation (Welche: _____)
- Langes eingeschränktes Sitzen (z. B. Fernreise, Langstreckenflüge)

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten (z. B. tiefe Beinvenenthrombose, Herzinfarkt und Schlaganfall, hohe Blutfettwerte) aufgetreten? Ja Nein

Verwandte (Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder) betroffen

- Ein Verwandter
- Mehrere Verwandte

In welchem Alter? _____

Vorbefunde in der Familie bekannt Ja Nein

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor-V-Leiden-Mutation | <input type="checkbox"/> Protein-S-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Faktor-II-Mutation (G20210A) | <input type="checkbox"/> Protein-C-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |