

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?

< 24 Tage 24-32 Tage > 32 Tage unregelmäßig

Wie lange dauert Ihre Regelblutung?

_____ Tage

Wie stark ist Ihre Regelblutung?

schwach mittel stark

Schwangerschaft und Geburt

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten

_____ natürliche Geburt/en

_____ Kaiserschnitt/e

Zeitpunkt: _____

Zeitpunkt: _____

Zeitpunkt: _____

Zeitpunkt: _____

Zeitpunkt: _____

Zeitpunkt: _____

Gab es Komplikationen?

Ja Nein

Wann und welche? _____

Medikation

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Ja Nein

Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja 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: _____ | |