

## 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:

Ja =  Nein =

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI\*: \_\_\_\_\_ Blutdruck\*: \_\_\_\_\_

### Regelblutung

Blutungsrythmus  Unregelmäßig  Regelmäßig  
 Zwischenblutungen  Häufig  Selten  Nie  
 Zykluslänge (Tage)  Weniger als 24  Mehr als 34  24–34  
 Blutungsdauer (Tage)  Länger als 7  7 oder kürzer  
 Blutungsstärke (Vorlagen/Tag)  Stark (> 5)  Schwach (< 2)  Mittel (2–5)  
 Schmerzen vor und / oder während der Periode?  Ja, stark  Ja, mäßig  Nein bzw. schwach  
 Andere zyklusabhängige Beschwerden (z. B. Brustspannen, Kopfschmerzen)?    
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Ein paar Fragen zu Ihrer allgemeinen Situation

Haben Sie schon andere Verhütungsmethoden verwendet?    
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie Hautprobleme, z. B. fettige Haut, Akne?    
 Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden?    
 Ist komplette Blutungsfreiheit erwünscht?    
 Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen?    
 Neigen Sie dazu, Tabletteneinnahmen zu vergessen?    
 Ist Ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig?    
 Wünschen Sie Informationen über die Alternativen zur klassischen „Anti-Baby-Pille“ z. B. Spirale, Vaginalring, 3-Monats-Spritze?

## Risikofaktoren und Erkrankungen

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| – Thrombose oder Lungenembolie                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Herzinfarkt oder Schlaganfall                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Krebserkrankung                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten:

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| – Blutgerinnungsstörung                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Diabetes mellitus                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Bluthochdruck   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Chronische Herz- oder Lungenerkrankung                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Angina pectoris (Herzschmerzen) / Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Hohe Blutfettwerte                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Leber- oder Gallenerkrankungen                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| – Starke Kopfschmerzen / Migräne                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches voraus?

– Andere chronische Erkrankung (z. B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, SLE, usw.):

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Haben Sie Krampfadern?

Wenn ja, haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese?

Treten Sie häufig Langstreckenflüge an?

Steht demnächst eine größere Operation oder eine längere Immobilisierung an?

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

Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie?

Wenn ja, unter welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein?

Wenn ja, welche?

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Erkrankungen / Beschwerden?

Wenn ja, wer und in welchem Alter?

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

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.