

### **Anamnesebogen für die Verordnung oraler Kontrazeptiva**

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

### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Blutdruck (wird in der Praxis gemessen): \_\_\_\_\_

### Regelblutung

- Blutungsrythmus       regelmäßig       unregelmäßig
- Zwischenblutungen       häufig       selten       nie
- Zykluslänge (Tage)       Weniger als 24       mehr als 34       24 – 34
- Blutungsdauer       länger als 7
- Blutungsstärke       schwach       mittel       schwer
- Schmerzen vor und/oder während der Periode       Nein, bzw. schwach       Ja, mäßig       Ja, stark

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
- Neigen Sie dazu, Tabletteneinnahmen zu vergessen?  Ja  Nein
- Ist Ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig?  Ja  Nein
- Wünschen Sie Informationen über die Alternativen zur klassischen 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  Ja  Nein
- Herzinfarkt oder Schlaganfall  Ja  Nein
- Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit  Ja  Nein
- Krebserkrankung  Ja  Nein

*Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?*

- Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein
- Diabetes mellitus  Ja  Nein
- Bluthochdruck  Ja  Nein
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Angina pectoris (Herzschmerzen/Herzrhythmusstörungen)  Ja  Nein
- Hohe Blutfettwerte  Ja  Nein
- Leber- oder Gallenerkrankungen  Ja  Nein
- Starke Kopfschmerzen/Migräne  Ja  Nein
- Wenn ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches voraus?  Ja  Nein
- Andere chronische Erkrankung (z. B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, SLE usw.):  Ja  Nein
- Rauchen Sie?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Haben Sie Krampfadern?

Ja  Nein

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

---

Treten Sie häufig Langstreckenflüge an?

Ja  Nein

Steht demnächst eine größere Operation oder eine längere Immobilisierung an?

Ja  Nein

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

Ja  Nein

Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie?

Ja  Nein

> Wenn ja, unter welchen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein?

Ja  Nein

> 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  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Herzinfarkt  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Schlaganfall  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Angina pectoris/Stent/Bypass  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Hohe Blutfettwerte  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Krebs  Nein  Ja wer \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

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.*