



www.gyn-bismarckstr.de

## Anamnesebogen für die Verordnung oraler Kontrazeptiva (Pille)

Liebe Patientin,

wir möchten für Dich/Sie die optimale Verhütungsmethode auswählen. Um Deinen/Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und um mögliche Risiken bei der Verordnung nicht zu übersehen, bitten wir Dich/Sie, den Bogen auszudrucken, die Fragen zu beantworten und die zutreffenden Antworten anzukreuzen. Bitte dann am Ende unterschreiben und den Bogen zum Termin mitbringen!

Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Regelblutung:

Blutungsrythmus	<input type="radio"/> unregelmäßig	<input type="radio"/> regelmäßig	
Zwischenblutungen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> nie
Zykluslänge (Tage)	<input type="radio"/> weniger als 24	<input type="radio"/> mehr als 34	<input type="radio"/> 24-34
Blutungsdauer (Tage)	<input type="radio"/> länger als 7	<input type="radio"/> 7 oder kürzer	
Blutungsstärke (Vorlagen proTag)	<input type="radio"/> stark (>5)	<input type="radio"/> schwach (<2)	<input type="radio"/> mittel (2-5)
Schmerzen vor und/oder während der Periode?	<input type="radio"/> ja, stark	<input type="radio"/> ja. Mäßig	<input type="radio"/> nein bzw. kaum
Andere zyklusabhängige Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen)?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?	_____		

### Ein paar allgemeine Fragen:

Wurden schon andere Verhütungsmethoden verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?	_____	
Hautprobleme, z.B. fettige Haut, Akne?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verstärkte Körperbehaarung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist komplette Blutungsfreiheit gewünscht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht regelmäßig Durchfall oder Erbrechen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Vergisst Du/Vergessen Sie häufig Tabletten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast Du/Haben Sie einen unregelmäßigen Tagesablauf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sollen wir auch über Alternativen zur klassischen Pille, wie z.B. Hormon- oder Kupferspirale, östrogenfreie Pille, Vaginalring oder 3-MonatsSpritze informieren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Risikofaktoren und Erkrankungen:

- Trat bei Dir/Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?  ja  nein
- Thrombose oder Lungenembolie  ja  nein
- Herzinfarkt oder Schlaganfall  ja  nein
- Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit  ja  nein
- Krebserkrankungen  ja  nein
- Besteht eine der folgenden Erkrankungen:  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen  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- und Gallenerkrankungen  ja  nein
- Starke Kopfschmerzen/Migräne  ja  nein
- Wenn ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen,  
Sprachstörungen, Taubheitsgefühl oder Ähnliches voraus?  ja  nein
- Andere chronische Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn,  
Colitis ulcerosa, usw.)  ja  nein
- Rauchst Du/Rauchen Sie?  ja  nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
- Bestehen Krampfadern?  ja  nein
- Fliegst Du/Fliegen Sie häufig und lange Strecken?  ja  nein
- Steht demnächst eine größere Operation oder längere Immobilisierung an?  ja  nein
- Stillst Du/Stillen Sie?  ja  nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmst Du/Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche Präparate?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hadte ein naher Angehöriger (Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder)  
eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden?  ja  nein
- Wenn ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- Thrombose/Lungenembolie  ja  nein
- Herzinfarkt  ja  nein
- Schlaganfall  ja  nein
- Angina pectoris/Stent/Bypass  ja  nein
- Hohe Blutfettwerte  ja  nein
- Krebs, ggf. welcher? \_\_\_\_\_  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift