

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:

Angaben zur Person

Ja = Nein =

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?

*Angabe von Arzthelfer/-in

Weiter auf der Rückseite →

Risikofaktoren und Erkrankungen

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

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

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten:

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

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

J N

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

J N

Rauchen Sie?

J N

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Haben Sie Krampfadern?

J N

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

Treten Sie häufig Langstreckenflüge an?

J N

Steht demnächst eine größere Operation oder eine längere Immobilisierung an?

J N

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

J N

Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie?

J N

Wenn ja, unter welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein?

J N

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"/> J | <input type="radio"/> N |
| - Herzinfarkt | <input type="radio"/> J | <input type="radio"/> N |
| - Schlaganfall | <input type="radio"/> J | <input type="radio"/> N |
| - Angina pectoris / Stent / Bypass | <input type="radio"/> J | <input type="radio"/> N |
| - Hohe Blutfettwerte | <input type="radio"/> J | <input type="radio"/> N |
| - Krebs | <input type="radio"/> J | <input type="radio"/> N |

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.

Wichtige Informationen über kombinierte hormonale Kontrazeptiva („Pillen“ und andere Verhütungsmittel mit Östrogenen und Gestagenen) und das Risiko für Blutgerinnsel

Alle kombinierten hormonalen Kontrazeptiva, wie auch das Ihnen verschriebene Präparat, erhöhen das Risiko für die Bildung eines Blutgerinnsels. Das Gesamtrisiko für das Auftreten eines Blutgerinnsels unter Anwendung eines kombinierten Kontrazeptivums ist gering, allerdings können Blutgerinnsel schwerwiegend und in sehr seltenen Fällen sogar tödlich sein. Es ist besonders wichtig, dass Sie erkennen, wann Sie ein höheres Risiko für ein Blutgerinnsel haben und auf welche Anzeichen und Symptome Sie achten sollten, und welche Maßnahmen Sie dann ergreifen müssen.

Wann ist das Risiko für die Bildung eines Blutgerinnsels am größten?

- im ersten Jahr der Anwendung eines kombinierten hormonalen Kontrazeptivums (auch dann, wenn Sie nach einer Unterbrechung von 4 oder mehr Wochen die Anwendung wieder aufnehmen)
- wenn Sie stark übergewichtig sind
- wenn Sie älter als 35 Jahre sind
- wenn Sie rauchen
- wenn bei einem Ihrer nächsten Angehörigen in relativ jungen Jahren (d. h. jünger als ca. 50 Jahre) ein Blutgerinnsel aufgetreten ist (Gefäßverschlüsse im Bein (Thrombose), in der Lunge (Lungenembolie) oder anderen Organen, Schlaganfall oder Herzinfarkt)
- wenn Sie vor wenigen Wochen entbunden haben

Wenn Sie rauchen und älter als 35 Jahre sind, wird Ihnen dringend geraten, mit dem Rauchen aufzuhören oder ein nicht-hormonales Verhütungsmittel anzuwenden.

Suchen Sie umgehend ärztliche Hilfe auf, wenn Sie eines der folgenden Anzeichen oder Symptome bemerken:

- starke Schmerzen oder Schwellungen eines Beins, die begleitet sein können von Druckschmerz, Erwärmung oder Änderung der Hautfarbe des Beins, z. B. aufkommende Blässe, Rot- oder Blaufärbung. Sie könnten an einer tiefen **Beinvenenthrombose** leiden.
- plötzliche unerklärliche Atemlosigkeit/Atemnot oder schnelle Atmung; starke Schmerzen in der Brust, welche bei tiefem Einatmen zunehmen können; plötzlicher Husten ohne offensichtliche Ursache, bei dem Blut ausgehustet werden kann. Sie könnten an einer schweren Komplikation einer tiefen Beinvenenthrombose leiden, die **Lungenembolie** heißt. Diese entsteht, wenn das Blutgerinnsel vom Bein in die Lunge wandert.
- Brustschmerz (meist plötzlich auftretend), aber manchmal auch nur Unwohlsein, Druck, Schweregefühl, vom Oberkörper in den Rücken, Kiefer, Hals und Arm ausstrahlende Beschwerden, zusammen mit einem Völlegefühl, Verdauungsstörungen oder Erstickungsgefühl, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindelgefühl. Sie könnten an einem **Herz-anfall** leiden.
- Schwäche oder Taubheitsgefühl des Gesichtes, Arms oder Beins, die auf einer Körperseite besonders ausgeprägt ist; Sprach- oder Verständnisschwierigkeiten; plötzliche Verwirrtheit; plötzliche Sehstörungen oder Sehverlust; schwerere oder länger anhaltende Kopfschmerzen/Migräne. Sie könnten einen **Schlaganfall** haben.

Achten Sie aufmerksam auf die Symptome eines Blutgerinnsels, und fragen Sie Ihren Arzt nach Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhinderung von Blutgerinnseln, besonders wenn Sie:

- gerade operiert wurden
- über einen längeren Zeitraum bettlägerig gewesen sind (z. B. aufgrund einer Verletzung oder Krankheit, oder weil ein Bein eingegipst ist)
- auf einer längeren Reise gewesen sind (z. B. Flüge über 4 Stunden)

Denken Sie daran, Ihren Arzt einschließlich den behandelnden Chirurgen oder Krankenschwester darüber zu informieren, dass Sie ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum anwenden, wenn Sie:

- operiert werden müssen oder eine Operation hatten, falls Sie längere Zeit bettlägerig sind oder eine längere Reise (speziell mit längeren Flugzeiten) planen
- von Angehörigen der Gesundheitsberufe gefragt werden, ob Sie irgendein Arzneimittel nehmen

Nähere Einzelheiten finden Sie in der Gebrauchsinformation oder unter www.bfarm.de.

Wenn Sie in Zusammenhang mit der Anwendung Ihres kombinierten hormonalen Kontrazeptivums vermuten, eine Nebenwirkung zu erleiden, können Sie dieses Ihrem Arzt oder Apotheker mitteilen oder direkt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Stand 30. Januar 2014