

Verhütungscheck

Name, Vorname: _____, _____; geboren am: ____ . ____ . ____

1. Checkliste für die Verschreibung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (= KHK: Kombinationspille, Vaginalring, Verhütungspflaster):

Sie dürfen ggf. **KEIN KHK (mehr) verschrieben bekommen**, falls Sie eines der Felder in diesem Abschnitt mit „JA“ ankreuzen – Sollten Sie beim Ausfüllen unsicher sein, sprechen Sie uns bitte an.

JA	NEIN	
		Gibt es eine bestehende Thromboembolie oder Thromboembolie in der Ihrer Vorgeschichte , z. B.: - tiefe Beinvenenthrombose , - Lungenembolie , - Herzinfarkt und - Schlaganfall , - transitorische ischämische Attacke (= vorübergehende Symptome eines Schlaganfalls wie z.B. Sprachstörungen oder Sehstörungen), - Angina pectoris (= Brustschmerzen bzw. Brustenge, der/die aufgrund einer Minderversorgung des Herzens mit Blut auftritt) - bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____ - Oder hatte ein naher Angehöriger von Ihnen in jungen Jahren (d.h. jünger als ca. 50 Jahre) ein solches thromboembolisches Ereignis gehabt?
		Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an?
		Ist bei Ihnen eine Migräne (= neurologische Erkrankung mit typischerweise periodisch wiederkehrenden, anfallartigen, pulsierenden und halbseitigen Kopfschmerz, der von zusätzlichen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit (Photophobie) oder Geräuschempfindlichkeit (Phonophobie) begleitet sein kann) ggf. mit fokalen neurologischen Symptomen (= Aura z.B. in Form von Sehstörungen) bekannt bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Leiden Sie an einem Diabetes mellitus (= Zuckerkrankheit) ggf. mit Gefäßschädigungen (z.B. mit Schäden in den Gefäßen des Auges oder der Niere) bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Haben Sie einen hohen Blutdruck in den Gefäßen (d.h. systolisch ≥ 140 oder diastolisch ≥ 90 mmHg) bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Haben Sie hohe Blutfettwerte (= Hyperlipidämie bzw. Dyslipidämie) bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Oder hat ein naher Angehöriger hohe Blutfettwerte bzw. wendet ein naher Angehöriger Medikamente/Präparate dagegen an?
		Steht ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevor?
<p>Die Eignung eines KHK bei Ihnen müssen wir individuell klären, falls Sie eines der Felder in diesem Abschnitt mit „JA“ ankreuzen – Sollten Sie beim Ausfüllen unsicher sein, sprechen Sie uns bitte an:</p>		
		Haben Sie Übergewicht? Bitte sagen Sie uns Ihre Größe: _____ Gewicht: _____
		Sind Sie älter als 35 Jahre?
		Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag: _____
		Haben Sie Migräne ohne neurologische Ausfälle
		Leiden Sie an einer kardiovaskulären Erkrankung , die das Herz und die Gefäße betrifft, wie - Vorhofflimmern, - Herzrhythmusstörungen, - koronarer Herzkrankheit oder - Herzklappenerkrankungen bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Werden Sie in nächster Zeit einen längeren Flug (über 4 Stunden) oder eine Reise mit täglichen Fahrzeiten über 4 Stunden antreten?
		Haben Sie eine andere Erkrankung, die das Risiko für eine Thrombose (Blutgerinnsel in den Gefäßen) erhöhen kann, wie z. B.: - Krebs, - systemischer Lupus erythematodes, - Sichelzellanämie, - Morbus Crohn, - Colitis ulcerosa, - hämolytisch-urämisches Syndrom, - oder andere: _____ bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____

		Haben Sie in den letzten Wochen entbunden ?
		Wenden Sie andere Medikamente/Präparate an, die das Risiko einer Thrombose (Blutgerinnsel in den Gefäßen) erhöhen können, wie z. B.: - Corticosteroide, - Neuroleptika, - Antipsychotika, - Antidepressiva, - Chemotherapeutika - oder andere: _____

2. Weitere wichtige Informationen für uns im Rahmen Ihrer Wünsche zur Verhütung:

JA	NEIN	
		Haben Sie zu starke, zu häufige oder zu lang andauernde Monatsblutungen bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Haben Sie Regelschmerzen im Zusammenhang mit Ihrer Monatsblutung bzw. wenden Sie Medikamente/Präparate dagegen an? Welche?: _____
		Haben Sie seit Ihrem letzten Besuch bei uns Ihre Verhütung vergessen anzuwenden?
		Haben Sie seit Ihrem letzten Besuch bei uns Notfallverhütung (z.B. die „Pille-danach“) angewendet?
		Möchten Sie KEINE bzw. weniger Hormone zur Verhütung anwenden?
		Ist Ihnen die höchste Verhütungssicherheit sehr wichtig bzw. wollen Sie in den nächsten 3 bis 5 Jahren NICHT schwanger werden?
		Wenden Sie andere Medikamente/Präparate an, die Sie von einem anderen Arzt verschrieben bekommen haben bzw. die Sie sich in der Apotheke oder in der Drogerie kaufen ? Welche?: _____

_____, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Wichtige Zusatzinformation für Sie zum Risiko für Gefäßerkrankungen, wie z.B. Thromboembolien unter kombinierten hormonalen Kontrazeptiva:

- Thromboembolien (Blutgerinnsel in Blutgefäßen z. B. durch eine tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt oder Schlaganfall) sind ein Risiko bei der Anwendung eines KHK.
- Das Risiko bei einer Anwenderin ist auch abhängig von ihrem Grundrisiko für eine Thromboembolie (z.B. aufgrund von genetisch bedingten Gerinnungsstörungen wie z.B. eine Faktor-V-Mutation). Bei der Entscheidung, ein KHK anzuwenden, müssen daher auch die Gegenanzeigen und die Risikofaktoren der Anwenderin beachtet werden, insbesondere die Risikofaktoren für eine Thromboembolie – siehe die Listen unten sowie die entsprechende Fachinformation bzw. Gebrauchsinformation des jeweiligen Produktes, worüber wir Sie ggf. im Nachgang dieses Fragebogens individuell beraten werden.
- Grundsätzlich ist für Sie in der Anwendung von KHK wichtig zu wissen, dass das Risiko für eine Thromboembolie bei Anwendung eines KHK besonders in folgenden Situationen erhöht ist:
 - während des ersten Jahres der Anwendung
 - bei Wiederaufnahme der Anwendung nach einer Anwendungspause von 4 oder mehr Wochen
- In dem sich ggf. an diesen Fragebogen anschließenden Gespräch mit Ihnen ist für uns wichtig, dass Sie Folgendes für sich und Ihre individuelle Situation verstehen:
 - das für Sie unter Umständen bestehende Risiko für eine Thrombose bei der Anwendung Ihres KHK
 - den Einfluss Ihrer möglichen individuellen Risikofaktoren auf Ihr Risiko einer Thrombose,
 - dass Sie bei sich selbst auf Anzeichen und Symptome einer Thrombose achten sollen.
- Falls bei Ihnen ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevorsteht, sollte ggf. die Anwendung des KHK unterbrochen werden und eine nicht-hormonale Verhütungsmethode für mindestens 4 Wochen vor dem Eingriff und bis 2 Wochen nach der vollständigen Remobilisation verwendet werden – Dies ist aber vor dem Hintergrund eines erhöhten Risikos für das Auftreten einer Thromboembolie nach Absetzen des KHK für 4 Wochen oder mehr individuell abzuwägen. Ggf. wird Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen anraten, das KHK weiter einzunehmen, aber Medikamente zur Vorbeugung einer Thromboembolie anzuwenden. Wenn Sie Fragen hierzu haben, bitten wir Sie, uns anzusprechen, auch wenn wir Sie bereits dazu in einem persönlichen Beratungsgespräch informiert haben sollten.