

Fragebogen zur Verordnung hormoneller oraler Kontrazeptiva (Pille)



PRAXIS DR. FLATOW
FRAUENHEILKUNDE



Liebe Patientinnen, die Pille gehört zu den beliebtesten und sichersten Verhütungsmitteln, die angeboten werden können. Trotzdem darf man nicht außer Acht lassen, dass es sich um Medikamente handelt, welche teilweise mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet sind. Es gibt verschiedene Präparate, welche mit unterschiedlich hohen Nebenwirkungen und Risiken einhergehen.

Welche Pille für Sie die Richtige ist, entscheiden wir gemeinsam im Rahmen einer Beratung.

Damit wir eine individuelle Beratung und Risikoerhebung ermöglichen können, bitten wir Sie den Text gründlich durchzulesen und die folgenden Fragen zu beantworten.

Name:..... Vorname:

Geburtstag/Alter:..... Gewicht/BMI:

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? (bitte ankreuzen)

Migräne (besondere Form von Kopfschmerzen) JA NEIN

Blutgerinnungsstörungen JA NEIN

Lebererkrankungen JA NEIN

Schilddrüsenerkrankung JA NEIN

Rheuma, Lupus erythromatodes, Kollagenose JA NEIN

Herzrhythmusstörungen/Herzkrankungen JA NEIN

Nierenerkrankungen JA NEIN

Leiden Sie an einer der nachstehenden Erkrankungen? JA NEIN

Bluthochdruck Thrombosen Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus Krebs

Andere

Trinken Sie täglich Alkohol?..... JA NEIN

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele pro Tag:..... Wieviele? JA NEIN

Haben Sie schon einmal eine „Pille“ zur Verhütung ein genommen?..... JA NEIN

Wenn ja, welches Präparat?..... Welche? JA NEIN

Warum haben Sie die Einnahme beendet und wann?..... Wann? JA NEIN

Wenn ja, warum?

Welche Wünsche haben Sie an Ihre „Pille“?

(wie zum Beispiel Verhütung/Hautbildverbesserung/keine Regelschmerzen mehr, etc)

.....
.....

bitte umseitig weiter ...

Was müssen Sie jetzt tun?



Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar



Fragebogen zur Verordnung hormoneller oraler Kontrazeptiva (Pille)



PRAXIS DR. FLATOW
FRAUENHEILKUNDE

Seite 2

Familien-Erkrankungen? JA NEIN Wenn ja, welche Erkrankung:

Bluthochdruck Thrombosen Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus Krebs

Andere

Nehmen Sie Medikamente? JA NEIN Wenn ja, welche Medikamente:

.....
.....

Medikamenten-Allergien? JA NEIN Wenn ja, gegen welche:

.....
.....

Andere Allergien? JA NEIN Wenn ja, gegen was:

.....
.....



Was müssen Sie jetzt tun?



Nach Beratung empfohlene Pille

.....
.....
.....

Bitte bestätigen Sie folgende Punkte ...

- Beratung und Aufklärung sind erfolgt. Das Informationsblatt „Wichtige Informationen über kombinierte hormonale Kontrazeptiva“ wurde mir ausgehändigt.
- Der Informationstext von Bfarm wurde mir ausgehändigt.
- Ich habe keine weiteren Fragen mehr.
- Die Datenschutzerklärung der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen

Datum:

Patientin: Arzt:

Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar

