

			Dokumentenname: Anamnesebogen für die Verordnung oraler Kontrazeptiva	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 2
Vorname	Nachname	geb.	Dres. Goldenstein / Täuber Geiselhöringerstraße 63 94315 Straubing	
Wohnort	Straße	aus-Nr.		

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

Größe in cm: _____ Gewicht in Kg: _____ Alter: _____

Regelblutung

Blutungsrythmus, regelmäßig? ☐ JA ☐ Nein
 Zwischenblutungen ☐ JA ☐ Nein
 Zykluslänge (Tage) = Dauer der Blutung _____
 Blutungsstärke ☐ Stark ☐ Mittel ☐ Schwach
 Schmerzen vor/während der Regelblutung? ☐ JA ☐ Nein
 Zyklusabhängige Beschwerden (Brustspannen, Kopfschmerzen) _____

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 eine 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
 Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ JA ☐ Nein
 Wenn ja, was wurde operiert? _____
 Waren sie schon einmal Schwanger? ☐ JA ☐ Nein
 Anzahl der Schwangerschaften? _____
 Fehlgeburten? ☐ JA ☐ Nein
 Eileiterschwangerschaften? ☐ JA ☐ Nein

Risikofaktoren und Erkrankungen

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

Datum: erstellt/von 25.07.25 Schütz/Plewa	Datum: geprüft/von 25.07.25 Dr. Täuber/ Dr. Goldenstein	Datum Freigabe/von PL 25.07.25 Dr. Täuber/ Dr. Golenstein	Dokumentenpfad: QM/Dokumente/Pt-Form./Homepage
---	---	---	---

			Dokumentenname: Anamnesebogen für die Verordnung oraler Kontrazeptiva	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 2 von 2
Vorname	Nachname	geb.	Dres. Goldenstein / Täuber Geiselhöringerstraße 63 94315 Straubing	
Wohnort	Straße	aus-Nr.		

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Thrombose oder Lungenembolie | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Herzinfarkt oder Schlaganfall | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Krebserkrankungen | ☐ 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 |
| - Angins pectoris/ Herzrhythmusstörungen | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Hohe Blutfettwerte | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Starke Kopfschmerzen/Migräne | ☐ JA | ☐ Nein |
| Wenn Ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen,
Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches voraus | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Andere chronische Erkrankungen
(z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, SLE, usw) | ☐ JA | ☐ Nein |

Rauchen Sie? Wenn Ja, Wie viele?_____ ☐JA ☐Nein

Treten Sie häufig Langstreckenflüge an? ☐JA ☐Nein

Steht demnächst eine größere Operation od. längere Immobilisierung an? ☐JA ☐Nein

Hatten Sie vor kurzem eine Geburt und/ stillen Sie? ☐JA ☐Nein

Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit/Allergie?
Wenn Ja, welche?_____ ☐JA ☐Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Pflanzenpräparate?
Wenn Ja , welche?_____ ☐JA ☐Nein

Hatte ein naher Angehöriger(Mutter, Vater Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Erkrankungen?
(Wenn ja, wer und in welchem Alter?)

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Thrombose/Lungenembolie _____ | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Herzinfarkt | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Schlaganfall | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Angina pectoris/Bypass/Stent | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Hohe Blutfettwerte | ☐ JA | ☐ Nein |
| - Krebserkrankung | ☐ JA | ☐ Nein |

Datum: erstellt/von 25.07.25 Schütz/Plewa	Datum: geprüft/von 25.07.25 Dr. Täuber/ Dr. Goldenstein	Datum Freigabe/von PL 25.07.25 Dr. Täuber/ Dr. Golenstein	Dokumentenpfad: QM/Dokumente/Pt-Form./Homepage
---	---	---	---