

Anamnesebogen zur Verhütungsberatung

Liebe Patientin,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Damit wir Sie optimal bei der Auswahl Ihrer Verhütungsmethode beraten können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Datum

Angaben zur Person

Name, Vorname	Größe
Straße, Hausnr.	Gewicht
PLZ, Ort	BMI*
Geburtsdatum	Blutdruck*

* wird von Arzthelfer/in eingetragen.

Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie bzw. haben Sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Unternehmen Sie häufig Langstreckenflüge (> 4 h)? Ja Nein

Hatten Sie vor kurzem eine Geburt oder stillen Sie? Ja Nein

Haben Sie einen unregelmäßigen Tagesablauf und können nicht täglich zur gleichen Zeit an eine Medikamenteneinnahme denken? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche Arzneimittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ihre bisherigen Verhütungsmethoden

Ich habe zuletzt verhütet mit:

Pille	Hormonpflaster	Vaginalring	3-Monatsspritze	Hormonspirale
Hormonimplantat/Verhütungsstäbchen			Kupferspirale, Kupferkette, Kupferball	
Sonstige				

Ich habe bisher hormonfrei verhütet

Ich habe bisher noch nicht verhütet

Wie lange haben Sie die jeweilige Verhütungsmethode angewendet?

Sind unter der Anwendung Nebenwirkungen aufgetreten? Wenn ja, welche?

Angaben zu Ihrer Regelblutung

Blutungsrythmus unregelmäßig regelmäßig

Zwischenblutungen häufig (in jedem Zyklus)
selten (max. in jedem 2.–3. Zyklus) nie

Zykluslänge (Tage)* < 24 24–34 > 34

Blutungsstärke (Binden bzw. Tampons/Tag)
stark (> 5) mittel (2–5) schwach (< 2)

Schmerzen vor/während der Regelblutung (Bauch- und Unterleibsschmerzen)

Ja, stark Ja, mäßig Nein bzw. schwach

Was Sie uns noch rund um Ihre Regelblutung mitteilen wollten (z. B. Brustspannen, Kopfschmerzen):

* Zykluslänge = Zeitraum vom ersten Tag der Regelblutung bis zum Tag vor dem Einsetzen der nächsten monatlichen Regelblutung.

Fragen zu bestehenden Erkrankungen

Leiden Sie regelmäßig unter Durchfall und/oder Erbrechen? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne bzw. starken Kopfschmerzen? Ja Nein

Wenn ja: Sind diese mit Seh-, Sprachstörungen und/oder Taubheitsgefühlen verbunden? Ja Nein

Leiden Sie unter Akne? Ja Nein

Haben Sie eine verstärkte Körperbehaarung? Ja Nein

Ist eine größere Operation bzw. eine längere Bewegungseinschränkung geplant? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Bluthochdruck	Ja	Nein	Leber- oder Gallenerkrankungen	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein	Epilepsie	Ja	Nein
Chronische Herz- oder Lungenerkrankung	Ja	Nein	Psychiatrische Erkrankungen	Ja	Nein
Angina pectoris / Herzrhythmusstörungen	Ja	Nein	Essstörungen	Ja	Nein
Hohe Blutfettwerte	Ja	Nein	Chronische Darmerkrankungen	Ja	Nein
Diabetes mellitus	Ja	Nein	Haben Sie Krampfadern?	Ja	Nein
Chronische Nierenerkrankungen	Ja	Nein			

Leiden Sie unter einer anderen chronischen Erkrankung (wie z.B. Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)?

Leiden Sie an einer Allergie bzw. Unverträglichkeit? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

Thrombose und/oder Lungenembolie	Ja	Nein	Herzinfarkt oder Schlaganfall	Ja	Nein
Unklare Ohnmachtsanfälle und/oder Bewusstlosigkeit	Ja	Nein	Krebserkrankung	Ja	Nein

Sonstiges

Ist bei Ihnen Endometriose diagnostiziert worden? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit gynäkologische Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Fragen zu Erkrankungen in Ihrer Familie

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

Thrombose/Lungenembolie	Ja	Nein	Herzkrankungen	Ja	Nein
Herzinfarkt	Ja	Nein	Hohe Blutfettwerte	Ja	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein	Krebs	Ja	Nein



Ihre Unterschrift bitte über die Funktion „Ausfüllen und unterschreiben“ bzw. „Selbst signieren“ hinzufügen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben. Dieser Anamnesebogen dient dem Arzt als Dokumentationshilfe und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ärztliche Notizen