

Fragebogen Verhütung

Liebe Patientin, um Sie optimal zu Ihrer Verhütung beraten zu können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten.

Ihr Name: Geburtstag:

Fragen zu Ihrer Person:

Alter: unter 20 Jahre 20-30 Jahre 31-40 Jahre über 40 Jahre
Derzeitige Tätigkeit:

Wie verhüten Sie momentan?

- Pille Verhütungsring 3-Monatsspritze
 Kupferspirale Hormonspirale
 Verhütungsstäbchen Verhütungspflaster
 Andere Verhütungsmethode:
 Keine Verhütung wegen Kinderwunsch, Sterilität des Partners bzw. fehlendem Partner

Wenn Sie mit der Pille verhüten: Haben Sie die Pilleneinnahme in den letzten 3 Monaten vergessen?

- Ja nein falls ja, wie oft?

Mussten Sie bereits auf die Pille danach zurückgreifen?

- Ja nein falls ja, wie oft?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Verhütungsmethode?

- Zufrieden unzufrieden
Was ist der Grund für Ihre Unzufriedenheit?

Was ist für Sie besonders wichtig? Was soll Ihre Verhütungsmethode leisten?

(mehrere Antworten möglich)

- Hohe Sicherheit kurze, schwache, schmerzfreie Blutung
 Keine tägl. Einnahme Erhalt des natürlichen hormonellen Zyklus
 östrogenfrei/hormonfrei kein Einfluss durch andere Medikamente

Fragen zu Ihrer Regelblutung

- Blutungsrythmus: regelmäßig unregelmäßig
Zwischenblutungen: häufig selten nie
Zykluslänge (Tage): weniger als 24 mehr als 34 24-34
Blutungsdauer (Tage): länger als 7 7 oder kürzer
Blutungsstärke (Vorlagen/d) stark (>5) mittel (2-5) schwach (<2)
Schmerzen vor u./od. während der Periode ja, stark ja, mäßig nein bzw. schwach

Andere zyklusabhängige Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen)? Ja nein
Welche?.....

bitte wenden

Allgemeine Fragen:

- Rauchen Sie ja nein
- Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?.....
- Haben Sie Krampfadern? Ja nein
- Treten Sie häufig Langstreckenflüge an? Ja nein
- Steht demnächst eine größere Operation an? Ja nein
- Hatten Sie vor kurzem eine Geburt oder stillen Sie? Ja nein
- Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit? Ja nein
- Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein? Ja nein
- Wenn ja, welche?.....
- Haben Sie Hautprobleme, z.B. fettige Haut, Akne? Ja nein
- Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden? Ja nein
- Ist komplette Blutungsfreiheit erwünscht? Ja nein
- Haben Sie regelmäßig Durchfall und/oder Erbrechen? Ja nein
- Neigen Sie dazu Tabletteneinnahmen zu vergessen? Ja nein
- Ist Ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig? Ja nein

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf bzw. besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- Thrombose oder Lungenembolie? Ja nein
- Blutgerinnungsstörung? Ja nein
- Herzinfarkt oder Schlaganfall? Ja nein
- Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit? Ja nein
- Krebserkrankung? Ja nein
- Diabetes mellitus? Ja nein
- Bluthochdruck? Ja nein
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung? Ja nein
- Angina pectoris, Herzschmerzen oder Herzrhythmusstörungen? Ja nein
- Hohe Blutfettwerte? Ja nein
- Leber- und/oder Gallenerkrankung? Ja nein
- Starke Kopfschmerzen, Migräne? Ja nein
- Wenn Migräne, dann mit Aura? (gehen den Kopfschmerzen
Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches
voraus? Ja nein

Hatte ein Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern oder Kinder) eine der folgenden Erkrankungen?

- Thrombose/Lungenembolie? Ja nein
- Herzinfarkt? Ja nein
- Schlaganfall? Ja nein
- Angina pectoris/Stent/Bypass? Ja nein
- Hohe Blutfettwerte? Ja nein
- Krebs? Ja nein

Haben Sie Interesse an einer Methode zur Langzeitverhütung für bis zu 5 Jahren, die Sie nicht vergessen können?

- Ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam von Gyn Lohmar
Lohmar, den

Unterschrift:.....