

Fragebogen zur **Verhütungsberatung**

Liebe Patientin,

jede Frau ist anders und hat andere Ansprüche an ihre Verhütung. Um Sie individuell zu beraten, braucht Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ein paar Informationen, damit sie oder er zusammen mit Ihnen die passende Methode finden kann. Damit dabei keine wichtige Information vergessen wird, lohnt es sich, die Fragen in Ruhe durchzugehen und nach bestem Wissen zu beantworten.

Ihre Angaben zur Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Familienstand _____ Beruf/Tätigkeit _____

Gewicht in kg _____ Größe in cm _____

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja, Geburtsjahr(e) _____

Fragen zu Ihrer bisherigen Verhütung

Welche(s) Verhütungsmittel haben Sie bislang verwendet?

☐ hormonelle Verhütung (z.B. Pille oder Ring), welches Präparat? _____

☐ Spirale ☐ Kondom ☐ Diaphragma/Portiokappe ☐ Zeitwahlmethode ☐ Implantat ☐ Depotspritze

☐ sonstige _____

Warum wollen Sie wechseln? _____

Für welche Verhütungsmethode(n) interessieren Sie sich aktuell?

Fragen zur Ihrer Regelblutung

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regel? ____ Jahre

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regel? ____ . ____ 20____

Bekommen Sie Ihre Periode regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

In welchen zeitlichen Abständen kommt Ihre Regel? ____ bis ____ Tage

Wie stark ist die Blutung normalerweise? ☐ schwach ☐ normal ☐ stark

Haben Sie Schmerzen vor oder während der Blutung? ☐ nein ☐ gering ☐ mäßig ☐ stark

Leiden Sie unter anderen zyklusabhängigen Beschwerden?

(z.B. Kopfschmerzen, psychische Verstimmung) ☐ ja ☐ nein

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?* (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Magen-Darm-Erkrankungen |
| ☐ Thrombose / Embolie | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ Migräne mit oder ohne Aura | ☐ Stoffwechselerkrankungen |
| ☐ Blutgerinnungsstörungen | ☐ Allergie, nämlich _____ |
| ☐ Leber- oder Gallenerkrankungen | ☐ Akne/Haarausfall |
| ☐ Krebserkrankung, nämlich _____ | ☐ Vermehrte Körper- und/ oder Gesichtsbehaarung |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Endometriose oder Myome |
| ☐ Hohe Blutfette | ☐ Blutarmut / Anämie |
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Eierstockzysten |
| ☐ Seelische Erkrankungen (z.B. Depression) | ☐ Essstörungen |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Andere, welche _____ |
| ☐ Nierenerkrankungen | |

* Auflistung der Erkrankungen beispielhaft und nicht allumfänglich

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente (auch pflanzliche) ein?

☐ nein ☐ ja, welche _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja

Kommt eine der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie vor?

(bitte ankreuzen und Verwandtschaftsgrad angeben)

- ☐ Thrombosen und zwar bei _____
- ☐ Blutgerinnungsstörungen und zwar bei _____
- ☐ Herzinfarkt oder Schlaganfall und zwar bei _____
- ☐ Krebs und zwar bei _____
- Welche Art(en) Krebs? _____
- ☐ Andere und zwar _____ bei _____

Datum, Unterschrift _____