

Name:..... Vorname: geb.

Checkliste für die Verschreibung kombinierter hormonaler Kontrazeptiva

Sehr geehrte Patientin,

nach den neuen Richtlinien der Europäischen Union soll vor jeder Verordnung „der Pille“ anhand einer Checkliste beurteilt werden, inwieweit bei Ihnen ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Thrombosen besteht. Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollte etwas unklar sein, bitten wir Sie, dies unter Anmerkungen zu notieren oder ein Fragezeichen zu machen.

Wenn „Ja“ hier ein Kreuzchen	Fragen	Anmerkungen
<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	Wenn „Ja“ wie viele?
<input type="radio"/>	Sind Sie älter als 35 Jahre?	Alter:
<input type="radio"/>	Ist Ihr BMI über 30kg/m ² ?	Größe: cm Gewicht: kg
<input type="radio"/>	Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen bei Ihnen oder in der Familie?	
<input type="radio"/>	Haben oder hatten Sie eine tiefe Beinvenenthrombose?	
<input type="radio"/>	Haben oder hatten Sie eine Lungenembolie?	
<input type="radio"/>	Hat oder hatte ein naher Angehöriger /eine nahe Angehörige eine Thrombose oder Lungenembolie vor dem 50. Lebensjahr?	
<input type="radio"/>	Haben Sie erhöhte Blutdruckwerte?	
<input type="radio"/>	Haben Sie erhöhte Blutfettwerte?	
<input type="radio"/>	Hat ein Familienmitglied erhöhte Blutfettwerte?	
<input type="radio"/>	Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)	



Praxis Geretsried:
„Haus f. Mutter und Kind“
Jeschkenstr. 13
82538 Geretsried
Tel.: 08171 – 921 800
Fax: 08171 – 921 806

Praxisräume Wolfratshausen:
Kreisklinik Wolfratshausen
Mossbauerweg 5-7
82515 Wolfratshausen
Tel.: 08171 – 921 800
Fax: 08171 – 921 806

e-mail: praxis@stumpfe.de
Internet: www.stumpfe.de

HypoVereinsbank
IBAN: DE55700202700032735002
BIC: HYVEDEMMXXX
Gläubiger-ID: DE03ZZZ000007738279



○	Haben Sie Gefäßschädigungen durch Diabetes?	
○	Hatten Sie einen Herzinfarkt?	
○	Haben Sie eine Erkrankung der Herzkranzgefäße mit „Brustenge“ (Angina pectoris)	
○	Hatten oder haben Sie Herzrythmusstörungen?	
○	Haben Sie eine Herzklappenerkrankung?	
○	Hatten Sie einen Schlaganfall?	
○	Hatten Sie vorübergehende Symptome eines Schlaganfalls?	
○	Haben Sie Migräneanfälle?	
○	Wenn ja, haben Sie beim Migräneanfall vorübergehende Sehstörungen (Aura)?	
○	Steht ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevor?	
○	Haben Sie in den letzten Wochen ein Kind geboren?	
○	Nehmen Sie Medikamente ein?	
○	Haben Sie eine Krebserkrankung?	
○	Haben Sie einen systemischen Lupus erythematodes?	
○	Haben Sie eine Sichelzellanämie?	
○	Haben Sie eine chronische Darmerkrankung? (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa?)	

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, vereinbaren Sie bitte einen Termin zur Besprechung in meiner Praxis.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ihr 



Praxis Geretsried:
 „Haus f. Mutter und Kind“
 Jeschenstr. 13
 82538 Geretsried
 Tel.: 08171 – 921 800
 Fax: 08171 – 921 806

Praxisräume Wolfratshausen:
 Kreisklinik Wolfratshausen
 Mossbauerweg 5-7
 82515 Wolfratshausen
 Tel.: 08171 – 921 800
 Fax: 08171 – 921 806

e-mail: praxis@stumpfe.de
 Internet: www.stumpfe.de

HypoVereinsbank
 IBAN: DE55700202700032735002
 BIC: HYVEDEMMXXX
 Gläubiger-ID: DE03ZZZ000007738279

