**Fragebogen: Risikofaktoren vor Verordnung kombinierter oraler Kontrazeptiva (KOK)**

Name: Geburtsdatum: Datum:

## 1. Allgemeine Angaben

Größe: \_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_ kg BMI:

## 2. Thromboserisiko

Familiäre Thrombosen/Embolien/Schlaganfälle (<50 J.): ○ Ja ○ Nein Eigene Thrombose/Embolie/Schlaganfall: ○ Ja ○ Nein

Familiäre Gerinnungsstörung (APC-Resistenz, Faktor-V-Leiden etc.): ○ Ja ○ Nein Eigene Gerinnungsstörung: ○ Ja ○ Nein

Rauchen: ○ Nein ○ Ja, Anzahl/Tag: \_\_\_\_

## 3. Herz-Kreislauf

Bluthochdruck ○ Ja ○ Nein Herzkrankheit ○ Ja ○ Nein Erhöhte Blutfette ○ Ja ○ Nein

## 4. Neurologisch

Migräne: ○ Nein ○ Ja ohne Aura ○ Ja mit Aura

## 5. Stoffwechsel

Diabetes: ○ Nein ○ Ja ohne Komplik. ○ Ja mit Komplik.

## 6. Leber/Galle

Lebererkrankung ○ Ja ○ Nein

## 7. Krebserkrankungen

Familiärer Brust-/hormonabh. Krebs ○ Ja ○ Nein Eigene Diagnose ○ Ja ○ Nein

## 8. Weitere Faktoren

Depression/psychiatr. Erkrankung ○ Ja ○ Nein Kopfschmerzen ○ Ja ○ Nein

Regelmäßige Medikation ○ Ja ○ Nein → Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 9. Schwangerschaft/Stillzeit

Derzeit schwanger ○ Ja ○ Nein Stillzeit ○ Ja ○ Nein

## 10. Langstreckenflüge/ Immobilität

Berufsbedingte häufige Langstreckenflüge (mehr als 1x/Monat): ○ Ja ○ Nein

Geplante Operation mit längerer Immobilisation; ○ Ja ○ Nein

Ärztliche Bewertung: ○ geeignet ○ kontraindiziert ○ weitere Abklärung

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_