Dr. Anna Gösling · Melanie Horatzek-Kirches · Dr. Friederike Neukirchner

Risikofaktoren vor Verordnung einer Hormonersatz-Therapie

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

Regelmäßige Medikation ○ Ja ○ Nein → Welche: _____

9. Vaginale Blutungen seit letzter Krebsvorsorge? ○ 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: _____