

FRAGEBOGEN ZU RISIKOFAKTOREN VOR VERORDNUNG KOMBINIERTER ORALER KONTRAZEPTIVA (KOK)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Datum

Körpergröße in cm:

Gewicht in kg:

BMI:

Thromboserisiko:

Familiäre Thrombosen/Embolien/Schlaganfälle (<50 J.)?

☐ ja ☐ nein

Eigene Thrombosen/Embolien/Schlaganfälle?

☐ ja ☐ nein

Familiäre Gerinnungsstörung (APC-Resistenz, Faktor-V-Leiden etc.)?

☐ ja ☐ nein

Eigene Gerinnungsstörung?

☐ ja ☐ nein

Rauchen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, Anzahl pro Tag?

Herz-Kreislauf:

Bluthochdruck?

☐ ja ☐ nein

Herzkrankheit?

☐ ja ☐ nein

Erhöhte Blutfette?

☐ ja ☐ nein

Neurologisch:

Migräne?

☐ ja, ohne Aura

☐ ja, mit Aura

☐ nein

Stoffwechsel:

Diabetes?

☐ ja, ohne Kompl.

☐ ja, mit Kompl.

☐ nein

Leber/Galle:

Lebererkrankung?

☐ ja ☐ nein

Krebserkrankungen:

Familiäre Brust-/hormonabhängiger Krebs?

☐ ja ☐ nein

Eigene Krebserkrankung?

☐ ja ☐ nein

Weitere Faktoren:

Depression/psych. Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

Kopfschmerzen?

☐ ja ☐ nein

Regelmäßige Medikation?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Schwangerschaft/Stillzeit:

Derzeit schwanger?

☐ ja ☐ nein

Stillzeit?

☐ ja ☐ nein

Langstreckenflüge/Immobilität:

Berufsbedingte häufige Langstreckenflüge (mehr als 1x/Monat)?

☐ ja ☐ nein

Geplante Operation mit längerer Immobilisation?

☐ ja ☐ nein

Von der Ärztin auszufüllen:

Ärztliche Bewertung: ☐ geeignet ☐ kontraindiziert ☐ weitere Abklärung

.....
Unterschrift Ärztin