



Daniele Weißenbach

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Kirchstraße 12

44532 Lünen

Name:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Sehr geehrte Patientin.

Ich habe Ihnen ein Hormon oder Hormonkombination zur Schwangerschaftsverhütung, Zyklusregulation oder Aknebehandlung empfohlen, bzw. Sie nehmen bereits ein Präparat ein..

Vor der Verordnung eines hormonellen Verhütungsmittels, möchten wir Ihr individuelles Risiko für mögliche Nebenwirkungen (Herzinfarkte, Schlaganfälle, Beinvenenthrombosen, Lungenembolie) einschätzen.

Dazu sollten Sie folgendes wissen:

Thromboembolien (z. B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt und Schlaganfall) sind ein bedeutendes Risiko bei der Anwendung eines kombinierten hormonellen Verhütungsmittels. Das Risiko bei einer Anwenderin ist auch abhängig von ihrem Grundrisiko für eine Thromboembolie.

Des Weiteren kann die Anwendung mit einem erhöhten Risiko für Blutdruckanstieg, Kopfschmerzen/ Migräne, Lebererkrankungen, Venenentzündungen, Thrombosen und deren Folgen wie Lungenembolie, Schlaganfall mit vorübergehenden, bleibenden oder tödlichen Folgen (wie Lähmungen, Sprachstörungen, Sehverlust, Lungenembolie) einhergehen.

Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu lesen und bei Zutreffen anzukreuzen:

	Ja	Nein
Gibt es eine bestehende Thromboembolie oder Thromboembolie in der Vorgeschichte, z. B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt und Schlaganfall?		
Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen?		
Ist eine Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen (Aura) bekannt?		
Liegt ein Diabetes mellitus (mit Gefäßschädigung) vor?		
Haben Sie hohen Blutdruck, d.h. systolisch ≥ 140 oder diastolisch ≥ 90 mmHg?		
Haben Sie sehr hohe Blutfettwerte?		
Steht ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevor? Falls ja, sollte die Anwendung unterbrochen werden und eine nicht-hormonale Verhütungsmethode für mindestens 4 Wochen vor dem Eingriff und bis 2 Wochen nach der vollständigen Remobilisation verwendet werden. Bitte informieren Sie den behandelnden Arzt.		
Ist ihr BMI über 30 kg/m ² ?		
Sind Sie älter als 35 Jahre?		
Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten am Tag? Falls ja und wenn sie außerdem älter als 35 Jahre ist, sollten Sie dringend mit dem Rauchen aufhören oder eine nicht-hormonale Verhütungsmethode anzuwenden.		
Hat ein naher Angehöriger in jungen Jahren (d.h. jünger als ca. 50 Jahre) ein thromboembolisches Ereignis (siehe Liste oben) gehabt?		
Haben Sie oder ein naher Angehöriger hohe Blutfettwerte?		
Leiden Sie an einer kardiovaskulären Erkrankung wie Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, koronarer Herzkrankheit, Herzklappenerkrankung?		

Haben sie in den letzten Wochen entbunden?		
Werden sie in nächster Zeit einen längeren Flug (über 4 Stunden) oder eine Reise mit täglichen Fahrzeiten über 4 Stunden antreten?		
Haben sie eine andere Erkrankung, die das Risiko für eine Thrombose erhöhen kann (z. B. Krebs, systemischer Lupus erythematodes, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolytisch-urämisches Syndrom)?		
Wenden Sie andere Arzneimittel an, die das Risiko einer Thrombose erhöhen können (z. B. Corticosteroide, Neuroleptika, Antipsychotika, Antidepressiva, Chemotherapeutika und andere)?		

Das Risiko für eine Thromboembolie bei Anwendung eines kombinierten hormonellen Kontrazeptivums (Pille, Ring, Pflaster) ist erhöht, insbesondere

- während des ersten Jahres der Anwendung
- bei Wiederaufnahme der Anwendung nach einer Anwendungspause von 4 oder mehr Wochen
- nach einer Operation
- wenn Sie eine längere Zeit immobilisiert sein werden (z. B. aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung oder weil ein Bein eingegipst ist)
- wenn Sie für längere Zeit reisen (z. B. Flüge über 4 Stunden)
- wenn Sie in den letzten Wochen entbunden haben
- wenn Sie rauchen
- wenn Sie älter sind als 35 Jahre
- wenn Sie übergewichtig sind
- bei familiär gehäuft aufgetretenen Thromboembolien

Suchen Sie umgehend ärztliche Hilfe auf, wenn Sie eines der folgenden Anzeichen oder Symptome bemerken:

- starke Schmerzen oder Schwellungen eines Beins, die begleitet sein können von Druckschmerz, Erwärmung oder Änderung der Hautfarbe des Beins, z. B. aufkommende Blässe, Rot- oder Blaufärbung. Sie könnten an einer tiefen Beinvenenthrombose leiden.
- plötzliche unerklärliche Atemlosigkeit/Atemnot oder schnelle Atmung; starke Schmerzen in der Brust, welche bei tiefem Einatmen zunehmen können; plötzlicher Husten ohne offensichtliche Ursache, bei dem Blut ausgehustet werden kann. Sie könnten an einer schweren Komplikation einer tiefen Beinvenenthrombose leiden, die Lungenembolie heißt. Diese entsteht, wenn das Blutgerinnsel vom Bein in die Lunge wandert.
- Brustschmerz (meist plötzlich auftretend), aber manchmal auch nur Unwohlsein, Druck, Schweregefühl, vom Oberkörper in den Rücken, Kiefer, Hals und Arm ausstrahlende Beschwerden, zusammen mit einem Völlegefühl, Verdauungsstörungen oder Erstickungsgefühl, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindelgefühl. Sie könnten an einem Herzanfall leiden.
- Schwäche oder Taubheitsgefühl des Gesichtes, Arms oder Beins, die auf einer Körperseite besonders ausgeprägt ist; Sprach- oder Verständnisschwierigkeiten; plötzliche Verwirrtheit; plötzliche Sehstörungen oder Sehverlust; schwerere oder länger anhaltende Kopfschmerzen/Migräne. Sie könnten einen Schlaganfall haben.

Hiermit wurde ich ausführlich über die mir verordneten Medikamente, Wirkungsweise und möglichen Nebenwirkungen zur Verhütung mit einem hormonellen Kontrazeptivum beraten. Ich wurde von meinem Frauenarzt darauf aufmerksam gemacht, dass bestimmte Kriterien wie Rauchen, Übergewicht und Migräne ein erhöhtes Risiko (insbesondere bei der Anwendung der Anti-Baby-Pille oder dem Verhütungsring, bzw. -pflaster) für meine Gesundheit darstellen. Einzelheiten finden Sie im Beipackzettel (Fachinformation) der Präparate.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei allen Erkrankungen andere Ärzte auf die Anwendung dieser Verhütungsmittel hinweise und dass ich Veränderungen meines Gesundheitszustandes, bzw. die Einnahme anderer Medikamente meinem Frauenarzt oder den behandelnden Ärzten mitteile.

Datum _____

Unterschrift Patientin _____