



Dres. med. M.Marquardt V. de Baey Im Prüfling 17-19 60389 Frankfurt

Frankfurt, den 29.11.2017

Ihre Pilleneinnahme oder Verordnung

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,  
 soll vor jeder und während einer Verordnung einer „der Pille“ anhand einer Checkliste beurteilt werden, inwieweit bei Ihnen ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Thrombosen besteht oder neu hinzu gekommen ist. 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 bitte an- kreuzen	Fragen	Anmerkungen
<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	Wenn „Ja“ wie viele/Tag?.....
<input type="radio"/>	Sind Sie älter als 35 Jahre?	Alter: .....
<input type="radio"/>	Ist Ihr BMI über 30kg/m <sup>2</sup> ?	Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg
<input type="radio"/>	Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen bei Ihnen oder in der Familie?	Wenn ja, wer/was?
<input type="radio"/>	<b>Haben oder hatten Sie eine tiefe Beinvenenthrombose?</b>	
<input type="radio"/>	<b>Haben oder hatten Sie eine Lungenembolie?</b>	
<input type="radio"/>	Hat oder hatte ein naher Angehöriger /eine nahe Angehörige eine Thrombose oder Lungenembolie vor dem 50. Lebensjahr?	Wer/Wann?
<input type="radio"/>	Haben Sie erhöhte Blutdruckwerte?	
<input type="radio"/>	Haben Sie erhöhte Blutfettwerte?	
<input type="radio"/>	Hat ein Familienmitglied erhöhte Blutfettwerte?	Wer?
<input type="radio"/>	Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)	
<input type="radio"/>	<b>Haben Sie Gefäßschädigungen durch Diabetes?</b>	
<input type="radio"/>	<b>Hatten Sie einen Herzinfarkt?</b>	

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

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja angekreuzt haben, bitte wir um Rücksprache.

Ihr Praxisteam