

Fragebogen Notfallverhütung (Postkoitalkontrazeption)



Sehr geehrte Patientin,

Sie stellen sich heute mit der Frage einer Notfallverhütung in unserer Sprechstunde vor.

Um Sie schnell, umfassend und risikofrei behandeln zu können, bitten wir Sie, uns vorab einige wichtige Informationen mitzuteilen. Dieser Fragebogen ersetzt jedoch ausdrücklich nicht das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt.

Name, Vorname _____ geb. _____

1. Meine letzte Periodenblutung hat begonnen am _____.

Mein Monatszyklus ist regelmäßig / unregelmäßig und dauert ___ - ___ Tage.

Meine Monatsblutung dauert ___ - ___ Tage.

2. Ich hatte ungeschützten Geschlechtsverkehr am _____, um _____ Uhr.

Falls Sie keine Antibabypille verwenden, fahren Sie mit Punkt 5 fort.

3. Meine Antibabypille _____.

4. Bitte tragen Sie in der folgenden Tagesskala mit X ein, jeden Tag ein, an dem Sie die Pille eingenommen haben, ggfs. auch die Tage an denen Sie die Pille nachträglich (zweimal) eingenommen haben (XX). Gehen Sie von heute aus rückwärts vor.

-27	-26	-25	-24	-23	-22	-21	-20	-19	-18	-17	-16	-15	-14
-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	heute

5. Folgende chronischen Erkrankungen sind bei mir bekannt:

6. Ich nehme folgende Medikamente ein:

7. Ich rauche gelegentlich / regelmäßig (___ Zigaretten/täglich).

Eine Notfallverhütung kann nur verordnet werden, wenn eine bestehende Schwangerschaft sicher ausgeschlossen werden kann. Hierzu ist es aus medizinischer Sicht dringend zu empfehlen, einen Schwangerschaftstest durchzuführen. Es handelt sich dabei um eine Selbstzahlerleistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

- Ich habe alle oben angegebenen Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich bin mit der Durchführung eines Schwangerschaftstests einverstanden (HCG-Test).
Bitte erfragen Sie die entstehenden Kosten an der Praxisanmeldung.
- Ich bin mit der Durchführung eines Schwangerschaftstests **nicht** einverstanden.
- Eine bereits vorliegende Schwangerschaft kann ich **sicher** ausschließen.
- Mir ist bekannt, dass durch Anwendung einer „Pille danach“ oder einer Verhütungsspirale eine bereits bestehende Schwangerschaft geschädigt werden kann.

Würzburg, _____
Datum, Unterschrift der Patientin

Bitte vorerst nur bis hier ausfüllen.

Empfohlene Behandlung:

- Keine Notfallverhütung erforderlich
- Medikamentöse Notfallverhütung (Einnahme baldmöglichst, beachten Sie die medizinische Fachinformation)
- Notfallverhütung mittels Intrauterin-Spirale

Bitte erst **nach** dem Gespräch mit dem Arzt ankreuzen

- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, eventuell offene Punkte mit dem Arzt zu besprechen.
- Ich habe die mir empfohlene Behandlung verstanden und habe keine weiteren Fragen zu deren Durchführung.

Würzburg, _____
Datum, Unterschrift des Arztes

Würzburg, _____
Datum, Unterschrift der Patientin