

#### 4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

Nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5. Rauchen Sie?

Nein  Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_ Stück

#### 6. Biometrische Angaben

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

#### 7. Durchführung weiterer, allenfalls kostenpflichtiger Untersuchungen

Weiteren, allenfalls kostenpflichtigen Untersuchungen zur genaueren Abklärung meines persönlichen Thromboserisikos vor der Verordnung eines kombinierten Verhütungsmittels

stimme ich zu /  stimme ich nicht zu

Ich habe die vorstehende PatientInnen-Information über das Thromboserisiko kombinierter hormonaler Verhütungsmittel gelesen und wurde von Dr./ Dr.<sup>in</sup> \_\_\_\_\_ über die Risiken, insbesondere über \_\_\_\_\_ aufgeklärt.

Ich habe noch folgende Fragen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alles verstanden habe, meine Fragen beantwortet wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

### Von der Ärztin/ Vom Arzt auszufüllen

#### Beurteilung

Die Patientin wünscht weitere, allenfalls kostenpflichtige Untersuchungen zur genaueren Abklärung ihres persönlichen Thromboserisikos vor der Verordnung eines kombinierten Verhütungsmittels.

Nein  Ja

Falls ja, welche Untersuchungen wurden vereinbart: \_\_\_\_\_

#### Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Innsbruck, am

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/ des verantwortlichen Arztes

## Patientinnen-Information über das Thromboserisiko kombinierter hormonaler Verhütungsmittel

### Sehr geehrte Patientin!

Die meisten gesunden Frauen können kombinierte hormonale Verhütungsmittel anwenden. Allerdings sollten Frauen in bestimmten Fällen aus gesundheitlichen Gründen diese Präparate nicht anwenden.

### Was ist eine Thrombose?

Thrombose ist der medizinische Begriff für die Bildung eines Blutgerinnsels (Thrombus) in einem Blutgefäß (Vene oder Arterie), das dadurch verstopft wird. Die Thrombose bildet sich meist zuerst im Bein (Beinvenenthrombose). In sehr seltenen Fällen wandert das Blutgerinnsel in die Lunge und kann dort bei Verstopfung eines Gefäßes zu einer Lungenembolie führen. Gelangt der Thrombus in den Kopf, kann es zu einem Schlaganfall kommen. Besonders thrombosegefährliche Situationen sind: lange Reisen mit Flugzeug, Auto oder Zug, wo Sie sich wenig bewegen und wenig Flüssigkeit aufnehmen, längerdauernde körperliche Anstrengungen in großer Höhe, Magen-Darm-Erkrankungen mit Durchfall und Erbrechen, aber auch längere Unbeweglichkeit, z.B. durch einen Gips nach einer Verletzung oder einer Operation.

Venöse und arterielle Thrombosen/ Thromboembolien sind eine seltene Nebenwirkung von allen kombinierten hormonalen Verhütungsmethoden (Kombinationspille, Vaginalring oder Pflaster). An den nachfolgenden Symptomen kann man diese Erkrankung erkennen: z.B. Schmerzen und Anschwellen der Beine, Atemnot, Brustschmerzen, Kopfschmerzen.

### Das mögliche Risiko für eine Blutgerinnselbildung (Thrombose)

- Von 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter, die keine Kombinationspille einnehmen, erleiden pro Jahr zwischen 3 und 4,5 eine venöse Thrombose/ Thromboembolie
- Von 10.000 Frauen, die Kombinationspillen\* einnehmen, erleiden pro Jahr 8 bis 10 eine venöse Thrombose/ Thromboembolie
- Während einer Schwangerschaft oder in den Wochen nach der Geburt ist das Risiko allerdings noch höher.
- Von 10.000 schwangeren Frauen oder Wöchnerinnen erleiden pro Jahr zwischen 20 und 30 eine venöse Thrombose/ Thromboembolie

\* Zu den anderen kombinierten hormonalen Verhütungsmitteln liegen keine umfangreichen Daten vor.

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Rauchen einen erheblichen Risikofaktor für die Bildung einer Thrombose darstellt – insbesondere ab dem 35. Lebensjahr!**

Ob Sie möglicherweise ein erhöhtes Thromboserisiko haben, besprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt. Zusätzlich könnten bestimmte gegebenenfalls kostenpflichtige Blutuntersuchungen ein mögliches erhöhtes genetisches Risiko bei Ihnen erkennen. Auch bei negativem genetischen Befund bleibt ein Restrisiko für das Auftreten einer Thrombose unter der Verwendung hormonaler Kontrazeptiva bestehen.

Entnehmen Sie die vollständige Auflistung der möglichen Nebenwirkungen und Risikofaktoren dem Beipackzettel des Verhütungsmittels. Klären Sie alle offenen Fragen mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt.

Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, insbesondere etwaige Thrombosen und/ oder ähnliches wie beispielsweise eine Erhöhung des Blutdrucks, teilen Sie bitte unverzüglich Ihrer Gynäkologin/ Ihrem Gynäkologen mit!

Mit freundlichen Grüßen,

**das Team der Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m  w

Name Geschlecht

Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl.  Sonder Geb.-Kl.  Selbstzahler

Klin. Hinweis  
bzw. Diagnose

## Gerinnungsanamnese zur Verordnung kombinierter hormonaler Verhütungsmittel (Pille, Vaginalring, Pflaster)

### Sehr geehrte Patientin!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft, Sie helfen damit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt, die richtige Verhütungsmethode für Sie zu finden.

### Familienanamnese

**1. Trat in Ihrer Verwandtschaft (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen – vor allem vor dem 50. Lebensjahr – auf? Fragen Sie bitte unbedingt nach, wenn Sie es nicht wissen.**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall          |  |

### Eigenanamnese

**2. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung                | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                      | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale       | <input type="checkbox"/> Lebertumor            |
| <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura (z.B. Sehstörungen) | <input type="checkbox"/> Epilepsie               | <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura     |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                        |  |  |

**3. Hatten Sie bereits eine der folgenden Erkrankungen/ Beschwerden?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Venenentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Venenthrombose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Krampfadern   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   |

Andere: \_\_\_\_\_