

"Pille danach" ProtokollBitte Name, Vorname und Adresse auf der Rückseite vermerken.
Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

1. Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj)
2. Warum benötigen Sie die "Pille danach"?	<input type="checkbox"/> Pille vergessen Name: _____ Anzahl Tabl.: <input type="text"/> <input type="text"/> letzte Einnahme vor: <input type="text"/> <input type="text"/> Std. <input type="checkbox"/> Versagen des Kondoms <input type="checkbox"/> Keine Verhütung <input type="checkbox"/> anderer Grund: _____
3. Zeitpunkt des letzten ungeschützten Geschlechtsverkehrs (GV):	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj) Uhrzeit: <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr Std. seit GV: <input type="text"/> <input type="text"/> Std.
4. Wann begann Ihre letzte Periode: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj) Weiss nicht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War die letzte Periode leichter und/oder kürzer als üblich? Hatten Sie seit der letzten Periode leichte Zwischenblutungen (Spotting)? Bemerkungen: _____	
5. Hatten Sie seit der letzten Periode noch ein anderes Mal ungeschützten Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Hatten Sie schon eine Eileiterschwangerschaft oder eine Eileiterentzündung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Gibt es Medikamente auf die Sie allergisch reagieren? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Haben Sie die "Pille danach" schon einmal eingenommen? Wenn ja, wie oft in den letzten 12 Monaten (Anzahl)? <input type="text"/> <input type="text"/> Wann zum letzten Mal? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Wie schützen Sie sich normalerweise vor einer Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> NuvaRing® oder Evra®- Pflaster <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> natürliche Methode <input type="checkbox"/> anderes: _____	
12. Wann war die letzte gynäkologische Kontrolle? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Noch nie Baldige gynäkologische Kontrolluntersuchung empfohlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13. Schwangerschaftstest durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ Resultat: <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. "Pille danach" abgegeben? Wenn nicht abgegeben, weshalb _____ Einnahme vor Ort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Schriftliche Information zur "Pille danach" abgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16. Über die in den nächsten Tagen anzuwendende Verhütung informiert? Verhütungsmittel abgegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
17. Über die Risiken sexuell übertragbarer Krankheiten informiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18. Wurde die Frau an einen Arzt oder an eine Familienplanungsstelle überwiesen? Wenn ja, an wen? / Grund? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19. Bemerkungen / Nachbetreuung: Weitere Angaben auf der Rückseite vermerken	
Unterschrift Apotheker/-in	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj) Uhrzeit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr

