

# Abgabeprotokoll hormonelle Kontrazeptiva ohne ärztliche Verordnung

(im begründeten Ausnahmefall gemäss HMG)

Name & Vorname der Kundin	
Geburtsdatum bzw. Alter	

## I) Kurzabklärung

1. Was ist der Grund für die Abgabe von HK ohne ärztliche Verordnung (Rezept)?	<input type="checkbox"/> Rezept abgelaufen am: _____ <input type="checkbox"/> Rezept nicht dabei <input type="checkbox"/> HK werden sonst beim Arzt bezogen <input type="checkbox"/> Ausländisches Rezept <input type="checkbox"/> Andere: _____
2. a) Wurden HK innerhalb der letzten 2 Jahre von einem Arzt/einer Ärztin verordnet?	<input type="checkbox"/> Ja → weiter bei Frage 2b <input type="checkbox"/> Nein → ggf. Weiterleitung Arzt/Ärztin
b) Welches Präparat nehmen Sie ein bzw. wenden Sie an?	Präparatename bzw. Wirkstoff(e): _____ <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Gestagenmonopräparat
c) Wann haben Sie das Präparat zum letzten Mal eingenommen bzw. angewendet?	Datum (evt. Uhrzeit): _____
d) Vertragen Sie das Präparat gut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ → ggf. Weiterleitung Arzt/Ärztin
3. Wann hat die letzte gynäkologische Routinekontrolle stattgefunden?	Monat/Jahr: _____
4. a) Wann hat die letzte Periode begonnen?	Datum: _____
b) Verlief die letzte Periode wie üblich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → ggf. Weiterleitung Arzt/Ärztin

### Erste Evaluation der Situation durch den Apotheker/die Apothekerin:

5. Kann eine SS mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → ggf. Weiterleitung Arzt/Ärztin
6. Ist eine ausführlichere Abklärung sinnvoll?	<input type="checkbox"/> Ja → weiter mit Abschnitt II <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Abschnitt III & IV

Notizen:

## II) Ausführlichere Abklärung (im Bedarfsfall zusätzlich auszufüllen)

7. a) Treffen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Situationen zu?

☐ Alter > 35 Jahre

☐ Rauchen

☐ Bluthochdruck

☐ Übergewicht

☐ Erhöhte Blutfettwerte

☐ Diabetes («Zuckerkrankheit»)

☐ Auftreten von einem Blutgerinnsel bei Ihnen oder einem Verwandten 1. Grades

☐ Thromboseneigung/  
Thrombophilie

☐ Migräne

☐ Geburt < 6 Wochen

☐ Stillzeit

☐ Nicht abgeklärte vaginale Blutungen

zutreffende Situation(en) ankreuzen

→ weiter bei Frage 7b

☐ Nein → Frage 8a

b) Wurde die Situation im Zusammenhang mit Ihrer Verhütungsmethode bereits mit einem Arzt/einer Ärztin besprochen?

☐ Ja

☐ Nein

→ ggf. Weiterleitung Arzt/Ärztin

8. a) Welche weiteren Arzneimittel nehmen Sie ein bzw. wenden Sie an?

☐

→ weiter bei Frage 8b

☐ Keine

→ weiter mit Abschnitt III

b) Evaluation der Arzneimittel durch Apotheker:in

CYP3A4-induzierende Arzneimittel:  
Relevante KI bzw. IA:

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

Notizen:

### III) Welche Informationen wurden der Kundin während des Gesprächs gegeben?

- ☐ Empfehlung für regelmässige gynäkologische Kontrollen, falls die letzte gyn. Untersuchung bereits mehr als 1 Jahr zurück liegt (Reevaluation der Verhütung, Brustuntersuchung, Krebsabstrich etc.)
- ☐ Informationen allgemein zum weiblichen Zyklus
- ☐ Informationen zum Wirkmechanismus von HK
- ☐ Produkteinformationen (z. B. Einnahmehinweise; wann kann die Wirksamkeit eingeschränkt sein, Massnahmen bei vergessener Pille etc.)
- ☐ Informationen über verschiedene Verhütungsmethoden (siehe z. B. Factsheet [www.sex-i.ch](http://www.sex-i.ch))
- ☐ Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (siehe z. B. [www.lovelife.ch](http://www.lovelife.ch))
- ☐ Informationen zur Erkennung von Thrombosen/Embolien (siehe z. B. [Informationsblatt](#) der SGGG für Anwenderinnen von KHK)
- ☐ Weitere:

### IV) Dokumentation des Abgabeentscheids

Urteilsfähigkeit gegeben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Risiko / KI vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Abgabe von HK	<input type="checkbox"/> Ja; evt. Produkt & Packungsgrösse: <input type="checkbox"/> Nein _____	
Weiterleitung der Kundin	<input type="checkbox"/> Ja; an: <input type="checkbox"/> Nein _____	
Notizen		
Datum & Visum Apotheker:in		