

## Fragebogen Endometriose

Liebe Patientin,

um Ihnen die Wartezeit zu verkürzen und uns die Arbeit ein wenig zu erleichtern, bitten wir Sie, uns bereits im Vorfeld einige Fragen zu beantworten.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, indem Sie die jeweils zutreffende Antwort ankreuzen, bzw. die Felder ausfüllen. Sollte keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten zutreffend sein, ergänzen Sie bitte in kurzen Worten Ihre Antwort.

Telefon:.....Mobil:.....

E-Mail:.....

Dürfen wir Sie für Einladungen zu Informationsveranstaltungen bezüglich Endometriose und über den Erfolg der Behandlung kontaktieren?

- ja
- nein

Hausarzt: .....in .....

Frauenarzt: .....in .....

Familienstand:

- alleinstehend
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- feste Partnerschaft

Beruf:.....

Größe: ..... cm

Gewicht:.....kg

### 1. Aus welchem Grund sind Sie heute bei uns?

.....

### 2. Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

- ja, zuletzt .....
- nein

### 3. Ist bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt worden?

- ja, zuletzt .....
- nein

**4. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?**

(z.B. Diabetes, Rheuma, Blutungsneigung, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Thrombose/ Embolie, Epilepsie, etc.)

- ja, folgende, seit:.....
- .....
- .....
- .....

**5. Bisherige Operationen**

Art des Eingriffs: ..... Jahr: ..... Ort: .....

Art des Eingriffs: ..... Jahr: ..... Ort: .....

Art des Eingriffs: ..... Jahr: ..... Ort: .....

**6. Haben Sie Allergien?**

- ja, folgende.....
- nein

**7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Falls ja, bitte geben Sie den Namen und die Dosierung an:

- ja.....
- .....
- .....
- .....
- nein

**8. Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen?**

(Endometriose, Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Erbkrankheiten usw.)

.....

**9. Rauchen Sie?**

- ja, Häufigkeit, Menge:.....
- nein

**10. Trinken Sie Alkohol?**

- ja, Häufigkeit, Menge:.....
- nein

**11. Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung:.....Jahre**

9 fghYf`HU] `à fYf`YmhYb`AcbUrgV`i hi b[ .õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ  
Oder, falls zutreffend, Eintritt der Wechseljahre?.....

"Nm`i gXUi Yf`fil`-bhYfj U`nk ]gW Yb`XYb`AcbUrgV`i hi b[ YbL

ŁGF ÁGGĪ Ĝ Ę€ HFĚH >HÍ Áæ^

"8 Ui Yf`XYf`AcbUrgV`i hi b[ .

H I Í Î Á -7 Tage

"5 bnU`XYf`GW k Ub[ YfgW UZ`Yb`]bg[ YgUa hi.õ õ õ # YVi fhYb.õ õ õ Á

- Ræ@Kõ õ õ õ Ò) càā á` } \*•ædÁ  }[{| æ  Ùæ \*\* [| & ^  Sææ ^!•&@ æc
- Ræ@Kõ õ õ õ Ò) càā á` } \*•ædÁ  }[{| æ  Ùæ \*\* [| & ^  Sææ ^!•&@ æc
- Ræ@Kõ õ õ õ Ò) càā á` } \*•ædÁ  }[{| æ  Ùæ \*\* [| & ^  Sææ ^!•&@ æc

"Á Y [ YVi fhYb.

Q ã•^áÁa[ |ç] ÊDq`ã!•&@ æ \*^!•&@æÁ&@ æ \*^!•&@ææà!` &@Á&È  
Ræ@Kõ ..... ŒdKõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ Æ  
Ræ@Kõ õ õ õ õ õ õ ËŒdKõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ Æ

7. Anzahl Schwangerschaftsabbrüche: .....

"K ]Y`Ub[ YVYghM Yb`à fY`XYfnY]h[ Yb`6 YgW k YfXYb`gW cb3

mHAAAAAAAAAAAAE AAAAAAAAAAAAAEFGAAAAAAAAAAAAEGG ÁG Á [ ] æ^Á  
Ó{ ^|\` } \*Kõ .....  
õ  
õ Ë

19. Leiden Sie an Unterleibsschmerzen, die bereits länger als drei Monate bestehen und chronisch sind?

Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:  
 ja, Intensität 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 nein

20. Leiden Sie an Schmerzen während der Periode? (Dysmennorrhoe)

Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:  
 ja, Intensität 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 nein

**21. Leiden Sie an Blutungsstörungen?**

- ja
- nein

**22. Leiden Sie an Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? (Dyspareunie)**

Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

- ja, Intensität 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- nein

**23. Besteht bei Ihnen und Ihrem Partner unerfüllter Kinderwunsch?**

- ja, seit .....
- nein

**24. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang?**

- |  |           |                             |                               |         |                             |                               |
|--|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, beim Wasserlassen | Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja, beim Stuhlgang    | Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nein                  |           |                             |                               |         |                             |                               |

**25. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel/ Hormonpräparate?**

(Pille, Pillenpflaster, Scheidenring, Hormonspirale, usw.)

- ja, folgende .....
- nein

**26. Wenn Sie schon einmal Hormonpräparate eingenommen haben, kam es damit zu einer Besserung der Beschwerden?**

- ja
- nein

**27. Gibt es sonst noch etwas, worüber Sie mit uns sprechen möchten?**

.....  
.....

**Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!**