

Ihr Name / Patientenetikett

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:.....

Die Patientinnen-Zufriedenheit ist unser höchstes Anliegen. Um weiterhin gute Arbeit zu machen, sind wir auf Ihre Rückmeldung angewiesen. Dürfen wir Sie nach der Behandlung per Email kontaktieren und nach Ihrer Zufriedenheit mit uns fragen?

- ja
- nein

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

- ja
- nein

Familienstand:

- alleinstehend
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- feste Partnerschaft

Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung: Jahre unbekannt

Erster Tag Ihrer letzten Monatsblutung:.....

Oder, falls zutreffend, Eintritt der Wechseljahre?.....

Zyklusdauer (= Intervall zwischen den Monatsblutungen):

- <21
- 22-25
- 26-30
- 31-34
- >35 Tage

Dauer der Monatsblutung:

- 3
- 4
- 5
- 6
- ≥7 Tage

Stärke der Regelblutung

- stark
- mittel
- schwach
- keine Blutung

Hausarzt:in

Frauenarzt:.....in

1. Aus welchem Grund sind Sie heute bei uns?

- Schmerzen
- Diagnostischer Befund mit (Verdacht auf) Endometriose
- Kinderwunsch / Sterilität
- Kontrolle / Nachsorge (keine Beschwerden)
- andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen
- andere
- bekannte Endometriose (Erstdiagnose) Monat Jahr – der Erstdiagnose

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:
.....
.....

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. Anzahl der Schwangerschaften insgesamt: /Geburten:.....

- | | | | | |
|-------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| Jahr: | Entbindungsart: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| Jahr: | Entbindungsart: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| Jahr: | Entbindungsart: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |

9. Fehlgeburten (missed Abortion, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, etc.)

Jahr: Art:

Jahr: Art:

10. Anzahl Schwangerschaftsabbrüche:

11. Rauchen Sie?

ja, Häufigkeit, Menge:.....

nein

12. Trinken Sie Alkohol?

ja, Häufigkeit, Menge:.....

nein

13. Größe: cm

Gewicht kg

14. Ernährung

vegan vegetarisch andere:

15. Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen? (Endometriose, Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Erbkrankheiten, Gerringungsstöruug usw.)

.....

16. Beruf

.....

Kam es aufgrund Ihrer Beschwerden schon zu: Arbeitsausfällen ja nein

Schulfehltagen ja nein

Absage von privaten Termin ja nein

17. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel/ Hormonpräparate? (Pille, Pillenpflaster, Scheidenring, Hormonspirale, usw.)

ja, folgende

nein

in der Vergangenheit habe ich folgende Hormonpräparate angewandt:

.....
Angewandt von bis

Besserung der Beschwerden? ja nein

Grund für Beendigung der Einnahme:

.....
.....

18. Nehmen Sie aktuell Schmerzen wegen der Beschwerden ein? ja nein unbekannt

Falls ja: Welche Präparate?

Name: Dosierung: Anzahl der Einnahmetage monatlich:

Name: Dosierung: Anzahl der Einnahmetage monatlich:

19. Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten? (Dysmennorrhoe)

- ja nein keine Angaben aktuell keine Menstruationsblutung

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

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor/nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?

- ja nein keine Angaben

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

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie diese Schmerzen?:

.....

21. Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?

- ja nein keine Angaben

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

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- ja nein keine Angaben

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

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzen: bei tiefer Penetration schon beim Eindringen an den Vulvalippen

Geschlechtsverkehr: wird vermieden wird abgebrochen
 kann nach Stellungswechsel fortgeführt werden

23. Besteht bei Ihnen und Ihrem Partner unerfüllter Kinderwunsch?

- ja, seit
- nein

24. Liegt ein Spermogramm des Partners vor?

- ja nein

Falls ja, was war das Ergebnis?:

25. Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt? (AMH Bestimmung)

- ja nein

Falls ja, war diese: auffällig unauffällig AMH-Wert:.....

26. Planen Sie in Zukunft schwanger zu werden?

- ja, innerhalb der nächsten..... Jahre
- derzeit nicht, frühestens in Jahre
- nein

27. Wie lange bestehen Ihre derzeitigen Beschwerden schon?

- ≤3 3-6 6-12 12-24 ≥24 Monate

Bemerkung:

.....
.....

28. Leiden Sie an Blutungsstörungen?

- ja nein

29. Bestehen die Regelschmerzen von Anfang an? ja nein

Falls nein: Seit wie vielen Jahren bestehen die Regelschmerzen? Seit Jahren

- Gab es einen Auslöser? Absetzen der Pille Geburt keinen erkennbaren
 Fehlgeburt / Ausschabung Kupferspirale

30. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang?

- ja, beim Wasserlassen Schmerzen ja nein Blutung ja nein
 ja, beim Stuhlgang Schmerzen ja nein Blutung ja nein
 nein

31. Haben Sie Probleme mit dem Darm bzw. dem Stuhlgang?

- Durchfall Verstopfung aufgeblähter Bauch/Endo-Belly
 andere keine Probleme

Sind die Beschwerden zyklisch? ja nein keine Angaben

32. Ist ihre Lebensqualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

33. Wie sehr hindern sie die Beschwerden daran ein normales Leben zu führen?

- niemals selten oft immer

34. Ist ihre Sexualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

35. Ist ihre Stimmung durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

36. Welche gynäkologischen Voroperationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

Jahr In welchem Krankenhaus? Was wurde gemacht?

.....
.....
.....
.....

37. Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert? Haben diese zu einer Verbesserung geführt?

- | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> TCM | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie / psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> REHA | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |

Andere:

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

.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!