

Fragebogen Erstvorstellung Endometriose



Liebe Patientin,

Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei der Gewebe, das der Gebärmutterhaut ähnelt, außerhalb der Gebärmutterhöhle wächst. Symptome und Beschwerden können bei betroffenen Patientinnen stark variieren. Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und alle Details zu beachten, bitten wir Sie die folgenden Fragen bereits vor dem Arztgespräch nach bestem Wissen zu beantworten. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Erstgespräch mit, damit wir die Ursachen der Beschwerden möglichst strukturiert abklären können. Selbstverständlich werden wir bei Ihrem Termin noch individuell auf Ihr Anliegen eingehen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vorstellungsdatum: _____

Frauenarzt: _____ Hausarzt: _____

1. Allgemeine Fragen

Warum stellen Sie sich bei uns vor?

Schmerzen, wenn ja seit wann? _____

unerfüllter Kinderwunsch, wenn ja, seit wann? _____

auffällige(r) Befund(e)? _____

Blutungsstörungen? _____

Sonstiges? _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Familienstand: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? nein ja – wenn ja, welche?

Leiden Sie unter:

Migräne ja nein; Fibromyalgie ja nein; Reizdarmsyndrom ja nein;

Depression ja nein Angststörung ja nein; Thrombose ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert (auch nicht gynäkologisch)? nein ja
wenn ja, bitte angeben:

Monat/Jahr	Operation	Ort

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja - wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Gerinnungsstörungen bekannt? nein ja - wenn ja, welche?

Fragebogen Erstvorstellung Endometriose



Rauchen Sie? nein ja - wenn ja, wieviel? _____

Haben Sie Allergien? nein ja - wenn ja, welche? _____

2. Periodenanamnese / Hormoneinnahme

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? _____

Wann war der erste Zyklustag Ihrer letzten Periode? _____

Ist Ihre Periode regelmäßig? ja nein

Wie viele Tage hat Ihr Zyklus? _____

Wie lange dauert Ihre Periodenblutung? _____

Wie stark ist Ihre Periodenblutung? stark mittel schwach

Bei starker Periodenblutung: Wie viele Binden (dünn/dick) oder Tampons (Mini/Normal/Super/Super plus) benutzen Sie in 24 Stunden?

Nehmen Sie aktuell die Pille ein? nein ja - wenn ja, folgende? _____

Haben Sie jemals andere Hormonpräparate eingenommen (z.B. die Pille, Spirale, Vaginalring, Spritze etc.)?

nein ja - wenn ja, folgende?

Wann?	Präparat	Besserung der Beschwerden / Verträglichkeit / Nebenwirkungen

3. Schwangerschaften / Kinderwunsch

Waren Sie schon einmal schwanger? nein ja

Wenn ja bitte angeben: Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch

Jahr	Art der Schwangerschaft / Geburt

Haben Sie einen **aktuellen** Kinderwunsch? nein ja seit _____

Haben Sie einen zukünftigen Kinderwunsch nein ja wann ungefähr? _____

Fragebogen Erstvorstellung Endometriose



Waren Sie schon in einem Kinderwunschzentrum in Behandlung? nein ja wo? _____

Wurde bei Ihnen schon eine künstliche Befruchtung durchgeführt? nein ja

Wenn ja, wie oft und wann? _____

4. Schmerzanamnese

Bei den Fragen zur Schmerzintensität bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0 bis 10. 0 bedeutet keine Schmerzen, 10 stärkste nicht aushaltbare Schmerzen.

a. Schmerzen bei der Periodenblutung (Dysmenorrhoe)

Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung? nein ja - wenn ja, Intensität 0-10? _____

Falls ja, seit wann haben Sie Periodenschmerzen? _____
 einige Tage vor der Blutung

Wann setzen die Schmerzen ein? _____
 mit Einsetzen der Blutung
 anderer Zeitpunkt: _____

Haben Sie während der Periode auch Schmerzen außerhalb des Unterleibs? nein ja

Wenn ja, wohin strahlen die Schmerzen aus? _____

Nehmen Sie Schmerzmittel bei Periodenschmerzen? nein ja

Wenn ja, welche Schmerzmittel? Häufigkeit? _____

Sind Sie aufgrund von Periodenschmerzen bei der Arbeit oder in der Schule ausgefallen? nein ja - wenn ja, wie viele Tage im Jahr?

Haben Sie unabhängig von der Periode Unterleibs-schmerzen? nein ja – gelegentlich ja - häufig

Wenn ja, wie stark sind sie (0-10)? _____ Und wie häufig treten sie auf? _____

b. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? nein ja - wenn ja, Intensität 0-10? _____

Falls ja, wo treten die Schmerzen auf? _____

tief in der Scheide am Scheideneingang im Unterbauch

Falls ja, wann treten die Schmerzen auf? _____

am Anfang beim Eindringen bei tiefem Eindringen des Partners bei bestimmten Stellungen

c. Schmerzen beim Stuhlgang

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja - wenn ja, Intensität 0-10? _____

Wenn ja, vor während nach der Periode.

Haben Sie Blut- oder Schleimbeimengungen im Stuhlgang während der Menstruation? nein ja

Fragebogen Erstvorstellung Endometriose



d. Schmerzen beim Wasserlassen

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen während der Periode? nein ja - wenn ja, Intensität 0-10? _____

Haben Sie während der Periode Blut im Urin? nein ja

5. Endometrioseanamnese / aktuelle Beschwerden

Wurde bei Ihnen bereits eine Endometriose diagnostiziert? nein ja
Wenn ja, wann und wie? _____

Wurde Sie schon einmal bei Endometriose oder Verdacht auf Endometriose operiert? nein ja

Wenn ja, wann und wo? _____

Welche Beschwerden stehen momentan im Vordergrund? Was belastet Sie aktuell am meisten?

Wie viele Tage im Monat haben Sie Beschwerden? _____

Wie viele Tage davon sind Sie stark beeinträchtigt in Ihrem Alltag? _____

Wie viele Tage im Monat können Sie nicht zur Arbeit / Schule gehen? _____

Kennen Sie Kreislaufbeschwerden bis hin zur Ohnmacht? nein ja

Belasten Ihre Beschwerden Ihre Partnerschaft oder Ihre sozialen Kontakte? nein ja

Wenn ja, in welcher Form? _____

Treiben Sie aktuell Sport? nein ja

Wenn ja, welchen und wie regelmäßig? _____

Waren Sie schon einmal in Kur oder Reha? nein ja

Wenn ja, wo und wann? _____

Haben Sie Erfahrung mit Akupunktur, Physiotherapie, Homöopathie, Entspannungsverfahren oder anderen Therapieverfahren bei Ihren Beschwerden? nein ja

Wenn ja, mit welchen? _____

Für den Arzttermin benötigen Sie:

- Ihre Versichertenkarte
- Überweisungsschein von Ihrem Gynäkologen
- Falls vorhanden, Arztbriefe, OP-Berichte, MRT Becken (CD und Befund)

Herzlichen Dank,

Ihr Team der Endometrioseklinik