

Fragebogen Erstvorstellung Endometriose



Liebe Patientin,

Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei der Gewebe, das der Gebärmutterschleimhaut 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?

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? _____

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 Unterleibsschmerzen? ☐ 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

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

Herzlichen Dank,

Ihr Team der Endometrioseklinik