



Fragebogen Erstvorstellung bei Endometriose

Fragebogen zur Vorbereitung auf ihren Sprechstundentermin

Liebe Patientin,

Endometriose ist eine gutartige chronische Erkrankung, bei der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter vorkommt. 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. Selbstverständlich werden wir bei Ihrem Termin noch individuell auf Ihr Anliegen eingehen.

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 bis 10 anzugeben. 0 bedeutet keine Schmerzen, 10 stärkste / nicht aushaltbare Schmerzen.

Name/Vorname:

Adresse:

E-Mail:

Tel.:

Geb.-Datum:

Datum:

Frauenarzt (Name, Ort)

Hausarzt: (Name, Ort)

Vorstellungsgrund : ☐ Schmerzen
☐ Kinderwunsch
☐ auffälliger Befund
☐ Blutungsstörungen
☐ Sonstiges:

Berufliche Tätigkeit: Familienstand:

Größe:cm Gewicht:kg

Wurden Sie schon mal operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, listen Sie bitte alle **Operationen** auf (auch nicht gynäkologisch)

Monat/Jahr	Operation	Ort



Sind bei Ihnen **Erkrankungen** bekannt?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

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

Migräne?

☐ Ja

☐ Nein

mit Aura

☐ Ja

☐ Nein

Fibromyalgie?

☐ Ja

☐ Nein

Reizdarmsyndrom?

☐ Ja

☐ Nein

Allergien?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?:

Depression?

☐ Ja

☐ Nein

Angststörung:

☐ Ja

☐ Nein

Thrombose?

☐ Ja

☐ Nein

Rauchen Sie?

☐ Ja

☐ Nein

Blutungsanamnese

Alter bei Ihrer erste Periodenblutung:Jahre

Wann war der erste Zyklustag ihrer letzten Periode?.....

Ist Ihre Periode regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Tage hat Ihr Zyklus?.....

Wie viele Tage dauert ihre Periodenblutung?.....

Haben Sie eine starke Regelblutung?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wie viele Binden (dünn/dick) oder Tampons (Mini/Normal/Super/Super Plus) benutzen sie in 24h?

.....

Schmerzanamnese

Haben Sie **Schmerzen bei der Periodenblutung**?

☐ Nein

☐ Ja, Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

Falls ja, seit wann haben Sie Periodenschmerzen?

☐ seit.....

wann setzen die Schmerzen ein?

☐ Einige Tage vor der Blutung

☐ Mit Einsetzen der Blutung

☐

Haben Sie während der Periode auch Schmerzen außerhalb des Unterleibs? Strahlen die Schmerzen Vom Unterleib in andere Körperregionen aus?

☐ Nein

☐ Ja und zwar an folgenden Stellen:

.....

Nehmen Sie Schmerzmittel bei Periodenschmerzen?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Häufigkeit:.....



- Sind Sie aufgrund von Periodenschmerzen bereits ausgefallen bei der Arbeit oder in der Schule? ☐ Nein ☐ Ja. Wie viele Tage im Jahr:.....
- Haben Sie unabhängig von der Periode Unterleibschmerzen? ☐ Ja, häufig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein
- Falls ja, Wie stark sind diese Schmerzen und Seit wann bestehen sie? ☐ Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ ☐ Die Schmerzen bestehen seit.....

- Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**? ☐ Nein ☐ Ja, Intensität: ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

-Falls ja, wo treten diese Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf?

- ☐ Tief in der Scheide ☐ Im Unterbauch ☐ am Scheideneingang

-Falls ja, wann treten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf?

- ☐ Am Anfang beim Eindringen ☐ bei tiefem Eindringen des Partners ☐ bei bestimmten Stellungen

- Haben Sie **Schmerzen beim Stuhlgang**? ☐ Nein ☐ Ja, Intensität : ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

Wenn ja vor/ während/ nach der Periode?:

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

Haben Sie krampfartige / stechenende **Schmerzen beim Wasser lassen** während der Periode?

- ☐ Nein ☐ Ja, Intensität : ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

Haben Sie während der Periode Blut im Urin :.....

Wie viele Tage im Monat haben Sie Schmerzen?.....

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

Wie viele Tage davon müssen Sie im Bett bleiben oder gehen nicht zur Arbeit/ Schule?.....

Kennen Sie Kreislaufbeschwerden bis hin zur Ohnmacht?.....

Belasten Ihre Beschwerden Ihre Partnerschaft oder soziale Kontakte? Wenn ja in welcher Form?

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

Kinderwunsch/ Schwangerschaften/ Hormontherapie.....



E4 Anamnesebogen Endometriosezentrum

Version: 3

Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

(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? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, wo.....

Wurde bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft und wann?.....

Nehmen Sie aktuell die Pille ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

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

Wann?	Präparat	Besserung der Beschwerden/ Verträglichkeit / Nebenwirkungen

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

.....

Treiben Sie aktuell Sport? Wenn ja, welchen und wie regelmäßig?.....

Waren Sie schon einmal in Kur oder Reha? Wenn ja, wo & wann?.....

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

Für den Arzttermin benötigen Sie:

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

Herzlichen Dank,

Ihr Endometriose - Team