

Fragebogen Endometriose

Liebe Patientin,

um 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 einkreisen, ankreuzen bzw. die Felder ausfüllen. Sollte keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten zutreffend sein, ergänzen Sie bitte in kurzen Worten Ihre Antwort.

Größe: cm Gewicht: kg

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet feste Partnerschaft

Beruf: _____

1. Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon?

≤3 3-6 6-12 12-24 >24 Monate

2. Welche Beschwerden haben Sie?

Regelschmerzen (Dysmenorrhoe)
 chronische Unterbauchschmerzen
 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)

3. Leiden Sie an Unterleibschmerzen die bereits länger als 3 Monate bestehen und chronisch sind? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität dieser Schmerzen an:

ja, Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

4. Leiden Sie an Schmerzen während der Periode? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

5. Leiden Sie an Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

6. Haben Sie Probleme (Schmerzen/Blutungen) beim Wasserlassen oder Stuhlgang?

nein

ja, beim Wasserlassen _____

ja, beim Stuhlgang _____

7. Besteht bei Ihnen und Ihrem Partner unerfüllter Kinderwunsch? Falls ja, seit wann?

ja, seit _____

nein

8. Haben Sie Allergien?

nein

ja, welche? _____

9. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt (Diabetes, Rheuma, Blutungsneigung, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Thrombose/ Embolie, Epilepsie....)?

nein

ja, welche und seit wann?

10. Bisherige Operationen:

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (ASS, Marcumar, Metformin o.ä.)?

nein

ja, welche (Dosierung)?

12. Rauchen Sie?

nein

ja, wie viel? _____

13. Wie oft trinken sie Alkohol?

nie

gelegentlich: wie oft? _____

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

Und nun noch ein paar Fragen aus unserem Fachgebiet:

15. Erster Tag Ihrer letzten Monatsblutung: _____

16. Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung: _____

17. Zyklusdauer (=Intervall zwischen den Monatsblutungen):

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

18. Dauer der Monatsblutung:

≤3 4 5 6 ≥7 Tage

19. Anzahl der Schwangerschaften insgesamt: _____

20. Anzahl der Geburten: _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

21. Fehlgeburten (missed abortion, Eileiterschwangerschaft, etc.):

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____ Art: _____

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____ Art: _____

22. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: _____

23. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel (Pille, Pillenpflaster, Scheidenring, Hormonspirale, usw.)?

- nein
- ja, welche?

24. Haben Sie Hormonpräparate eingenommen?

- nein
- ja, welche?

25. Wenn Sie einmal Hormonpräparate eingenommen haben, kam es hierunter zu einer Besserung der Beschwerden ?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe !