

Fragebogen Endometriose Sprechstunde

Heutiges Datum:

Etikette Patientin

1. Erleben Sie Schmerzen während der Menstruation
- Nein
 Ja, wie stark (bitte ankreuzen)?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (Schmerzskala mit 10 als maximal vorstellbarer Schmerz)

Wenn ja:
 Seit wann treten diese Schmerzen auf?

seit (Jahr/Monat):

Wenn ja:
 Wann treten die Schmerzen auf?

- An den Tagen vor Einsetzen der Menstruationsblutung
 An den ersten Tagen nach Einsetzen der Menstruationsblutung
 Während der ganzen Menstruationsblutung

Wenn ja:
 Wann ist die Intensität der Schmerzen am stärksten?

- Vor Einsetzen der Menstruationsblutung
 Mit Einsetzen der Menstruationsblutung

Wenn ja:
 Strahlen die Schmerzen in andere Körperbereiche aus oder bestehen zusätzlich ausserhalb des Unterleibs?

- Nein
 Ja, bitte die Stellen angeben:

2. Treten bei Ihnen an mehreren Tagen im Monat Unterbauchschmerzen auf, die nicht mit der Menstruation zusammenhängen?
- Häufig
 Manchmal
 Nie
- Wenn ja:
 Wie stark sind diese Schmerzen? (bitte ankreuzen)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (Schmerzskala mit 10 als maximal vorstellbarer Schmerz)

Wenn ja:
 Seit wann bestehen die Schmerzen?

Seit:

3. Treten bei Ihnen gelegentlich Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf? Nein Ja
- Wenn ja:
Wie stark sind die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? (bitte ankreuzen) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Schmerzskala mit 10 als maximal vorstellbarer Schmerz)
- Wenn ja:
An welchen Stellen verspüren Sie diese Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Im kleinen Becken Tief in der Scheide Am Eingang der Scheide
- Wenn ja:
Wann treten die Schmerzen auf? An den Tagen vor Einsetzen der Menstruationsblutung An den ersten Tagen nach Einsetzen der Menstruationsblutung Während der ganzen Menstruationsblutung Unabhängig von der Menstruationsblutung

4. Treten bei Ihnen wiederholt Beschwerden beim Stuhlgang? Nein Ja, der Toilettengang für das Stuhlen ist oft schmerzhaft
- Intensität (bitte ankreuzen): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Schmerzskala mit 10 als maximal vorstellbarer Schmerz)
- Ja, ich bemerke häufig Blutbeimengungen im Stuhl
 Ja, ich habe folgende Beschwerden beim Stuhlgang:
.....
- Wenn ja:
Wann treten die Schmerzen auf? An den Tagen vor Einsetzen der Menstruationsblutung An den ersten Tagen nach Einsetzen der Menstruationsblutung Während der ganzen Menstruationsblutung Unabhängig von der Menstruationsblutung
- Besteht bei Ihnen eine diagnostizierte oder vermutete Darmerkrankung? Nein Ja, bitte angeben:

5. Treten bei Ihnen wiederholt Beschwerden beim Wasserlassen?
- Nein
- Ja, ich verspüre häufig Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen
- Intensität (bitte ankreuzen)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- (Schmerzskala mit 10 als maximal vorstellbarer Schmerz)
- Ja, ich bemerke gelegentlich Blut im Urin
- Ja, ich habe manchmal das Gefühl, meine Blase nur schwer oder unvollständig entleeren zu können
- Ja, ich habe folgende Beschwerden beim Wasserlösen:
-
- Wenn ja:
Wann treten die Schmerzen auf?
- An den Tagen vor Einsetzen der Menstruationsblutung
- An den ersten Tagen nach Einsetzen der Menstruationsblutung
- Während der ganzen Menstruationsblutung
- Unabhängig von der Menstruationsblutung

6. Haben sie Schwierigkeiten schwanger zu werden?
- Nein
- Ja, seit.....
- Wenn ja:
Hat bei Ihnen bereits eine Untersuchung oder Behandlung im Zusammenhang mit Kinderwunsch stattgefunden?
- Nein
- Ja
- Wenn ja:
Könnte der Arzt den Grund für den unerfüllten Kinderwunsch mitteilen (z.B. männlicher Faktor, hormonelle Gründe, Eileiter nicht durchgängig, reduzierte Eierstockreserve, anatomische Gründe)?
- Nein
- Ja, bitte angeben:
- Wenn ja:
Was für eine Behandlungsmethode wurde angewandt (z.B. Insemination, IVF/ICSI, Eizellspende)?
- Nein
- Ja, bitte angeben:

7. Verwenden Sie derzeit Hormonpräparate oder haben Sie in der Vergangenheit welche genutzt?

- Nein
 Ja

Wenn ja:
Bitte Präparat und Zeitraum angeben

.....

Wenn ja:
führten die Hormonpräparate zu einer Linderung der Beschwerden?

- Nein
 Ja

8. Wie viele Tage im Monat müssen Sie im Durchschnitt im Bett verbringen?

.....

9. Angaben zu Ihrer Menstruation

Alter beim Auftreten der ersten Menstruation:

Die Blutung ist:

- Regelmässig (alle 25-35 Tage)
 unregelmässig

Dauer des Zyklus: Tage

(vom ersten Tag der einen Blutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung)

Dauer der Blutung:Tage

Subjektive Stärke der Blutung:

- schwach
 normal
 stark

Zwischenblutungen:

- nein
 ja

(Zwischenblutung: Blutung zwischen zwei normalen Menstruationsblutungen)

-
10. Informationen zu Schwangerschaften
Bitte alle Schwangerschaften angeben und die Art der Schwangerschaft auflisten
(z.B. Lebengeburt, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch)

Jahr	Art der Schwangerschaft

-
11. Informationen zu Ihren Medikamenten
Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie regelmässig oder gelegentlich einnehmen.

Medikament	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

-
12. Informationen zu Ihren Operationen
Bitte listen Sie alle Operationen auf, die Sie bisher hatten, einschliesslich nicht-gynäkologischer Eingriffe

Monat / Jahr	Operation	Spital (Ort)

-
13. Wurden bei Ihnen bekannte Erkrankungen (auch nicht gynäkologische, z.B. Reizdarm, Fibromyalgie) diagnostiziert oder vermutet?
- Nein
 Ja

Wenn ja, welche
und zu welchem
Zeitpunkt?

Falls Endometriose
festgestellt wurde,
geben Sie bitte an,
wie die Diagnose
erfolgte (durch das
Gespräch mit dem
Arzt oder durch eine
Operation, und ob
es sich bei der
Operation um einen
Zufallsbefund
handelte)

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

14. Sind bei Ihnen von
einem Arzt
diagnostizierte Allergien
oder Unverträglichkeiten
gegen Medikamente
oder Nahrungsmittel
bekannt?
- Nein
 Ja

Wenn ja:
Welche
Medikamente oder
Nahrungsmittel?

.....
.....

15. Welche Beschwerden sind der Hauptgrund für Ihren heutigen Termin?
(z.B. Schmerzen, Kinderwunsch/ Sterilität, endometriose-verdächtige Beschwerden)

.....
.....

16. Welche Beschwerden sind weitere Gründe für Ihren heutigen Termin?
(z.B. Schmerzen, Kinderwunsch/ Sterilität, endometriose-verdächtige Beschwerden)

.....
.....