

Etikette Patientin

Sehr geehrte Patientin,

Wir legen grossen Wert darauf, Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Mit der Zertifizierung der Klinik durch die Stiftung der Endometriose Forschung (SEF) sind wir verpflichtet Zahlen und Qualitätsstandards nachzuweisen. Zudem können wir uns dank unserer Qualitätssicherung kontinuierlich verbessern.

Was heisst Qualitätssicherung?

Bei Eintritt und im Verlauf der Behandlung werden Sie eventuell aufgefordert, gewisse Fragen zu beantworten. Zusätzlich werden durch die beauftragte Firma Adjumed Services AG Angaben zum Verlauf der Therapie erfasst. Diese Daten werden anonym ausgewertet. Von den gewonnenen Erkenntnissen profitieren Sie schon heute und spätere Patienten profitieren von Ihren Angaben.

Die Beantwortung der Fragen dauert jeweils ca. 15 min. Bei der Erhebung und Auswertung Ihrer Daten werden alle gesetzlichen Regeln des Datenschutzes eingehalten. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Die Auswertung findet nur auf der Basis von anonymen Daten statt. Sie entscheiden freiwillig, ob Sie befragt werden wollen oder nicht.

- Ihre Entscheidung hat keinen Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung/Betreuung.
- Sie müssen Ihre Entscheidung nicht begründen.
- Sie können jederzeit von der Befragung zurücktreten und nicht mehr teilnehmen.

Gerne werden Ihre weitergehenden Fragen im persönlichen Gespräch beantwortet durch:

Adjumed Services AG
Birmensdorferstrasse 470
8055 Zürich
Telefon 044 450 10 64

Ich habe die oben stehenden Informationen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass meine Angaben durch Adjumed verarbeitet und bei Vorliegen der notwendigen Bewilligung der zuständigen kantonalen Ethikkommission der Forschung zur Verfügung gestellt werden.

Über welchen Kommunikationskanal möchten Sie von uns kontaktiert werden?

- E-Mail
- SMS
- Post
- Kein Kontakt erwünscht

Heutiges Datum:

Unterschrift:

Fragebogen Endometriose Sprechstunde

-
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 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?

- Kein Geschlechtsverkehr
- 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?
Bitte davon eins auswählen: Schmerzen, Probleme schwanger zu werden, abklärungsbedürftiger Befund, Nachkontrolle, Blutungsstörungen

.....
.....

16. Welche Beschwerden sind weitere Gründe für Ihren heutigen Termin (**Auswahl mehrerer Optionen möglich**)?
Schmerzen, Probleme schwanger zu werden, abklärungsbedürftiger Befund, Nachkontrolle, Blutungsstörungen, weiterhin Probleme mit Endometriose, Verdacht auf wiederkehrende Endometriose

.....
.....