

Heutiges Datum

| Patientinnen-Etikett |
|----------------------|
|                      |

| Kontaktdaten            |
|-------------------------|
| E-Mail Adresse<br>_____ |
| Telefonnummer<br>_____  |

**Grund der heutigen Vorstellung:** (Bitte markieren sie die zutreffenden Punkte)

- Schmerzen  Diagnostischer Befund mit (Verdacht auf) Endometriose (z.B. auffälliger Ultraschall, MRT, andere OP)
- Kinderwunsch / Sterilität  Kontrolle / Nachsorge (keine Beschwerden)
- andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen  andere: \_\_\_\_\_
- bekannte Endometriose (Erstdiagnose) \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr - der Erstdiagnose

**Alter bei erster Menstruationsblutung:** \_\_\_\_\_ Jahre  unbekannt

**Erster Tag der letzten Menstruationsblutung:** \_\_\_\_\_

**Ist die Menstruationsblutung regelmäßig (alle 25-35 Tage):**  ja  nein  unbekannt alle \_\_\_\_\_ Tage

**Wie ist die Stärke ihrer Regelblutung:**  stark  mittel  schwach  keine Blutung

**Wieviele Tage hält die Menstruationsblutung an?** \_\_\_\_\_ Tage  unbekannt

**Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sonstige Hormonpräparate an? (Hormonspirale/ Pflaster/ Ring)**  ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Welches Präparat? \_\_\_\_\_

**Falls ja:** Wie? \_\_\_\_\_

- zyklisch , d. h. über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tabletten?
- Pause alle \_\_\_\_\_ Monate?
- kontinuierlich, ohne Pause

**Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel wegen der Beschwerden ein?**  ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Welche Präparate?

|             |                  |   |
|-------------|------------------|---|
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |

Bitte treffen Sie zu den folgenden Punkten eine eindeutige Aussage:

**Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**  ja  nein  keine Angabe  
 aktuell keine Menstruationsblutung

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor - nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

---

**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Stuhlgang?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

---

**Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

## Wie lange bestehen diese Beschwerden?

< 6 Monate  > 6 - 12 Monate  1 - 3 Jahre  3 - 10 Jahre  > 10 Jahre  nicht zutreffend

## Bestehen die Regelschmerzen von Anfang an?

ja  nein  keine Angabe

**Falls nein:** Seit wieviel Jahren bestehen die Regelschmerzen? Seit \_\_\_\_\_ Jahren

Gab es einen Auslöser?  Geburt  Absetzen der Pille  keinen erkennbaren  
 Fehlgeburt/Ausschabung  Kupferspirale

## Ist bei Ihnen eine familiäre Endometriose bekannt?

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wer?

## Haben Sie Blut im Urin bemerkt?

ja  nein  keine Angabe

**Tritt das Blut im Urin zyklisch auf?**

ja  nein  keine Angabe

## Haben Sie Probleme mit dem Darm bzw. Stuhlgang?

Durchfall  Verstopfung  Blut im Stuhl  aufgeblähter Bauch/Endo-Belly  andere  keine Probleme

**Sind diese Beschwerden zyklisch?**

ja  nein  keine Angabe

## Waren Sie jemals schwanger?

ja  nein  unbekannt

(inklusive Geburten, Frühgeburten, Fehlgeburten, Schwangerschaften außerhalb der Gebärmutter und Schwangerschaftsabbrüchen)

**Falls ja:** Insgesamt \_\_\_\_\_ Schwangerschaften **Insgesamt** \_\_\_\_\_ Fehlgeburten **Insgesamt** \_\_\_\_\_ Geburten

## Haben Sie aktuell einen unerfüllten Kinderwunsch?

ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Wie lange? \_\_\_\_\_ (Monate)

## Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt? Anti Müller Hormon Bestimmung (AMH)

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** War diese  auffällig  unauffällig **\_\_\_\_\_** AMH-Wert

## Wurde bei Ihrem Partner eine Spermogramm durchgeführt?

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** Wie war das Ergebnis?  eingeschränkte Fertilität  unauffällig

## Hatten Sie in der Vergangenheit einen unerfüllten Kinderwunsch?

ja  nein  unbekannt

## Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** Welche Methode(n) wurden angewandt?

Hormonelle Stimulation Jahr: \_\_\_\_\_  andere Jahr: \_\_\_\_\_

Insemination Jahr: \_\_\_\_\_  unbekannt Jahr: \_\_\_\_\_

IVF / ICSI Jahr: \_\_\_\_\_

Ist ihre Lebensqualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?  niemals  selten  oft  immer

Wie sehr hindern sie die Beschwerden daran ein normales Leben zu führen?  niemals  selten  oft  immer

Ist ihre Sexualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?  niemals  selten  oft  immer

Ist ihre Stimmung durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?  niemals  selten  oft  immer

---

## Welche gynäkologischen Voroperationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

| Zeitpunkt (Jahr) | Wo, in welchem Krankenhaus? | Was wurde gemacht? |
|------------------|-----------------------------|--------------------|
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |

---

## Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert?

Haben diese zu einer Verbesserung geführt?

- |  |                               |                              |                           |                             |
|--|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Ernährungsumstellung                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Yoga                                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Osteopathie                                | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Physiotherapie                             | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Sport                                      | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> TCM  | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Akupunktur                                 | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Psychotherapie / psychologische Begleitung | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> REHA                                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |

Andere: \_\_\_\_\_

---

Anmerkungen

Stempel