



Aufzeichnungsvorlage

Patientenetikett

Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, indem Sie die jeweils zutreffende Antwort ankreuzen, bzw. die Felder ausfüllen. Sollte keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten zutreffend sein, ergänzen Sie bitte in kurzen Worten Ihre Antwort.

Ist bei Ihnen eine **Endometriose** diagnostiziert worden? **Nein** **Ja** **Unbekannt**
Zeitpunkt der Erstdiagnose Endometriose (Jahr):

Haben Sie Unterbauchschmerzen?
Schmerzskala 0 (min) -10 (max):
 Vor der Periode Unabhängig von der Periode
 An den ersten Tagen der Periode Unbekannt
 Während der gesamten Periode

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
Schmerzskala 0 (min) - 10 (max):

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?
Schmerzskala 0 (min – 10 (max):

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
Schmerzskala 0 (min – 10 (max):

Voroperationen wegen Endometriose?
- Art der Eingriffe, Jahr, Ort (OP-Bericht und Arztbrief vorlegen):

Medikamente

- Schmerzmittel?
Welche? Dosierung?
- Hormonelle Therapie?
- Andere? Welche?

Aufzeichnungsvorlage

Patientenetikett

Konservative Maßnahmen?

- Psychosomatische Therapie
 - Physiotherapie/ Osteopathie
 - Rehabilitation
 - Akupunktur
 - Andere nicht medikamentöse Therapie
- Welche?

Nein	Ja	Unbekannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Anamnese

Bestehen **weitere Vorerkrankungen?**

- Migräne
- Fibromyalgie
- Reizdarm-Syndrom
- Weitere Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen **Allergien/Unverträglichkeiten?**

- welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bestehen **andere Voroperationen?**

- Art der Eingriffe, Jahr, Ort (bitte auflisten):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Familienanamnese

Endometriose in der Familie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Krebserkrankungen in der Familie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lifestyle

Größe ___ cm Körpergewicht ___ kg

Körperliche Aktivität

- Wie oft sind Sie sportlich aktiv?

- Gar nicht 1-2x/Woche ≥3x/ Woche

Haben Sie Verdauungsprobleme?

- Ja, und zwar (z.B. Verstopfung, Blähungen, Durchfälle)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aufzeichnungsvorlage

Patientenetikett

Gynäkologische Anamnese

Menstruation

- Erster Tag der letzten Menstruationsblutung:
- Regelmäßiger Zyklus (25-35 Tage)?
- Wie lange dauert ein Zyklus? _____ Tage
- Länge der Menstruationsblutung _____ Tage

Nein Ja Unbekannt

Hormonelle Kontrazeption

- Haben Sie jemals hormonell verhütet?
Ja, mit:
- Verhüten Sie aktuell hormonell?
Ja, mit:
- Hatten sie jemals Nebenwirkungen der hormonellen Therapie?
Ja, welche:

Sexualität

- Hatten Sie Geschlechtsverkehr in den letzten 3 Monaten?
- Haben Sie Geschlechtsverkehr wegen Schmerzen in den letzten 3 Monaten vermieden?

Kinderwunschbehandlung

Haben Sie aktuell einen Kinderwunsch?

Waren Sie jemals schwanger?

(inkl. Geburten, Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften, Abbrüche)

- Art und Zeitpunkt (Jahr) der Schwangerschaften:

Haben Sie eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

- Wann? Welche (z.B. Insemination, IVF, ICSI, Eizellspende)?:



Aufzeichnungsvorlage

Patientenetikett

Abschließende Fragen:

Wenn Sie Schmerzen hatten: Haben sich die Schmerzen in den letzten 12 Monaten gebessert?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 12 Monaten schwanger geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kein Kinderwunsch <input type="checkbox"/>
Hatten Sie nach einer OP bei uns Komplikationen (erneute OP oder anhaltende Beschwerden)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>
Haben Sie aufgrund von Nebenwirkungen eine medikamentöse Behandlung abgebrochen oder eine andere Therapie gewählt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Zentrum für Schmerztherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Zentrum für Kinderwunsch-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten zusätzliche Therapien genutzt (z.B. Psychologie, TCM, Yoga, Akkupunktur, Homöopathie, o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten Monaten in einer AHB, Reha oder einer Kur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit unserer Behandlung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Endometriose-Zentrum Köln-Süd zur Durchführung eines jährlichen Follow-up elektronisch Kontakt mit mir aufnimmt.

Köln, den _____

E-Mail-Adresse

Unterschrift