

Heutiges Datum

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

| Kontaktdaten |
|-------------------------|
| E-Mail Adresse _____ |
| Telefonnummer _____ |

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

- Schmerzen Diagnostischer Befund mit (Verdacht auf) Endometriose (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 ja nein unbekannt (Hormonspirale/ Pflaster/ Ring)

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 SpermioGramm 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?

| 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 |

Andre: _____

Anmerkungen

Stempel