



# Endometriose Fragebogen

Patientinnen-Etikett

Klinik für Frauenheilkunde  
Chefärztin Prof. Dr. Michaela Bossart

## Grund der heutigen Vorstellung in der Endometriosesprechstunde:

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

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

Wie viele 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 \_\_\_\_\_



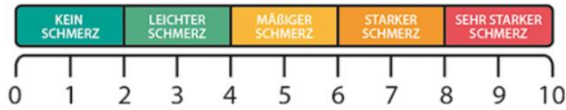
## Endometriose Fragebogen

Bitte treffen Sie zu den folgenden Punkten eine eindeutige Aussage:

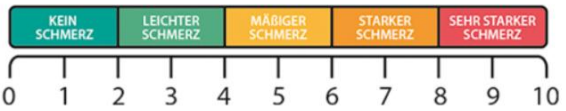
**Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**

ja       nein       keine Angabe       Aktuell keine Menstruationsblutung

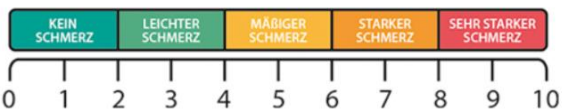
**Falls ja:** **Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?** (0 = kein Schmerz / 10 maximal vorstellbarer Schmerz)



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



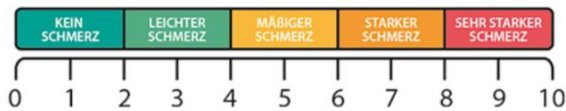
**Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?**  nicht zutreffend



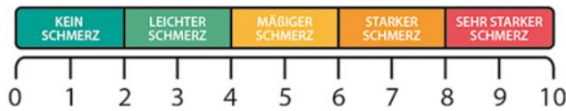
**Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor/nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?**

ja       nein       keine Angabe

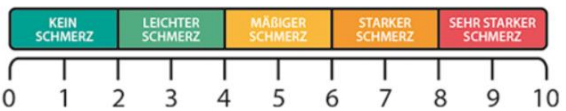
**Falls ja:** **Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?** (0 = kein Schmerz / 10 maximal vorstellbarer Schmerz)



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



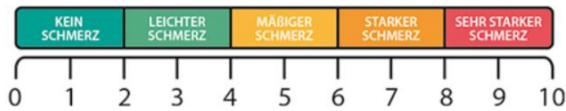
**Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?**  nicht zutreffend



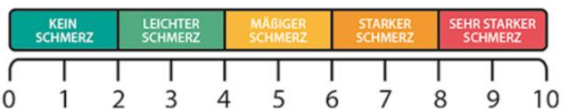
**Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**

ja       nein       keine Angabe

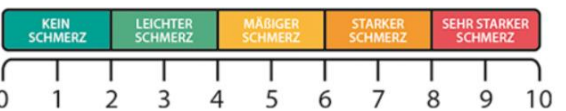
**Falls ja:** **Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?** (0 = kein Schmerz / 10 maximal vorstellbarer Schmerz)



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



**Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?**  nicht zutreffend



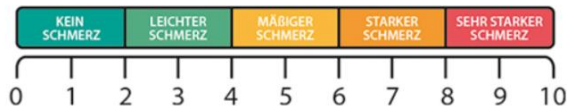


# Endometriose Fragebogen

**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen?**

ja  nein  keine Angabe

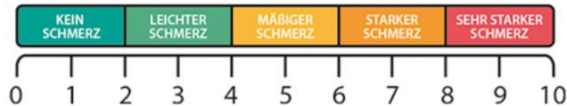
**Falls ja:** **Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?** (0 = kein Schmerz / 10 maximal vorstellbarer Schmerz)



**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Stuhlgang?**

ja  nein  keine Angabe

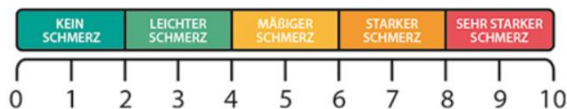
**Falls ja:** **Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?** (0 = kein Schmerz / 10 maximal vorstellbarer Schmerz)



**Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

ja  nein  keine Angabe

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



**Wie lange bestehen diese Beschwerden?**

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

**Bestehen die Regelschmerzen seit der ersten Regelblutung?**

ja  nein  keine Angabe

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

**Gab es einen Auslöser?**  Geburt  Fehlgeburt / Ausschabung

**Ist bei Ihnen eine familiäre Endometriose bekannt?**  ja  nein

**Falls ja:** Wer? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Blut im Urin bemerkt?**  ja  nein  keine Angabe

**Trifft 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

**Sind die Beschwerden zyklisch?**  ja  nein  keine Angabe

**Haben Sie aktuell einen unerfüllten Kinderwunsch?**  ja  nein  keine Angabe

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

**Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt?**  ja  nein  keine Angabe  
**Anti Müller Hormon (AMH)**

**Falls ja:**  Auffällig  Unauffällig \_\_\_\_\_ AMH Wert



## Endometriose Fragebogen

**Wurde bei Ihrem Partner ein 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

**Falls ja:** Welche Methode(n) wurden angewandt?  Hormonelle Stimulation Jahr: \_\_\_\_\_

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

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

Andere  Unbekannt

**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="checkbox"/> Ernährungsumstellung                     | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Yoga                                     | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie                              | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie                           | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Sport                                    | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> TCM                                      | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                               | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie/psychologische Begleitung | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation                           | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |
| <input type="checkbox"/> Andere _____                             | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer |

Anmerkungen:



## Endometriose Fragebogen