



Westpfalz-Klinikum GmbH Standort III

Dannenfelser Straße 36 67292 Kirchheimbolanden Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2

Dr. med. Robinson Ferrara Chefarzt

Tel.: 06352 405-3981

E-Mail: sekretariatgyn 2@westpfalz-klinikum.de

## Fragebogen zur Endometriose-Anamnese

Sehr geehrte Patientin,

Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutter gebildet wird. Obwohl schätzungsweise jede 10. Frau in Deutschland von einer Endometriose betroffen ist, wird diese Krankheit nicht immer erkannt. Meist verursacht sie Unterbauchschmerzen, die auch sehr stark sein können. Sie kann aber auch eine Ursache für einen unerfüllten Kinderwunsch sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Krankheit möglichst früh aufzuspüren und zu behandeln.

Damit für das Arztgespräch alle wichtigen Details bekannt sind, ist es daher hilfreich, wenn Sie den Fragebogen vor Ihrem Termin ausfüllen. Auf diese Weise kann Ihr Arzt die Ursachen Ihrer Beschwerden gezielter abklären. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben ebenso vertraulich wie die Gespräche in der Sprechstunde. Bitte nehmen Sie sich jetzt ca. fünf Minuten, um den Fragebogen auszufüllen ...

	Vorname:								
Der Grund für Ihren Arztbesuch  □ unerfüllter Kinderwunsch falls ja, seit wann? □ Schmerzen □ anderer Grund									
Wie sind Ihre Periodenblutungen?									
Die Blutung ist ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig Zyklusdauer, d.h. Abstand zwischen zwei Blutungen: letzte Periodenblutung am									
Gibt es Zwischenblutungen? □ nein □ ja Stärke der Blutung: □ stark □ mi	ttel								
Waren Sie schon einmal schwanger?									
Sind Sie bereits schwanger gewesen und wenn ja, wie oft? (Gesamtzahl der Schwangerschaften)									
Wie viele Kinder haben Sie lebend geboren? (Gesamtzahl der Kinder eintragen)									
Nehmen Sie Verhütungsmittel/Medikamente?									
Nehmen Sie aktuell die Pille oder nutzen Sie andere Horm  □ nein □ ja – falls ja, welches Präparat?									
Welcher Einnahmezyklus?  □ zyklisch, d.h. 21/24 Tage lang, dann Pause bzw. Tabl □ kontinuierlich mit einer Pause ca. alle drei Monate □ kontinuierlich und zwar ohne Pause seit (Dauer angek									
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ode	er gelegentlich sonst noch ein?								

## Wann haben Sie Schmerzen und wie stark?

(bei den folgenden Fragen gehen Sie bei einer Nein-Antwort direkt zur nächsten Frage, bei einer Ja-Antwort ergänzen Sie bitte noch die Intensität des Schmerzes: einfach eine Zahl zwischen 0 und 10 ankreuzen, wobei 0 für keinen Schmerz steht und 10 für den maximal denkbaren Schmerz)

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen während der Blutung?																
	nein		ja	$\odot$	0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	
Ha	Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen außerhalb der Blutung?															
	nein		ja	$\odot$	0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	
Ha	Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen beim Wasserlassen?															
	nein		ja		0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	
Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen beim Stuhlgang?																
	nein		ja		0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	
Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?																
	nein		ja	$\odot$	0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	
Vorherige Eingriffe? Sind Sie schon einmal wegen Endometriose oder wegen Verdacht auf Endometriose operiert worden?																
	nein		ja	Falls j	a, ne	nnen	Sie u	ns bit	tte no	ch Ei	nzelh	eiten	zu d	en Ei	ngriff	en:
	Datum Was wurde beim Eingriff gemacht? ☐ mit Bauchspiegelung ☐ mit Bauchschnitt															
	Datum Was wurde beim Eingriff gemacht? ☐ mit Bauchspiegelung ☐ mit Bauchschnitt															
	Datum Was wurde beim Eingriff gemacht? ☐ mit Bauchspiegelung ☐ mit Bauchschnitt															

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!