



Fragebogen zur Endometriose-Anamnese

Sehr geehrte Patientin,

Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der Gebärmutter Schleimhaut 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 ...

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

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: _____ Tage // Blutungsdauer _____ Tage
letzte Periodenblutung am _____

Gibt es Zwischenblutungen? nein ja
Stärke der Blutung: stark mittel schwach bzw. keine

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 Hormonpräparate (z. B. Hormonspirale, Pflaster, Ring)?

nein ja – falls ja, welches Präparat? _____

Welcher Einnahmezyklus?

- zyklisch, d.h. 21/24 Tage lang, dann Pause bzw. Tablette ohne Wirkstoff
 kontinuierlich mit einer Pause ca. alle drei Monate
 kontinuierlich und zwar ohne Pause seit (Dauer angeben) _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder 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 😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ☹️

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen **außerhalb der Blutung**?

nein ja 😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ☹️

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen **beim Wasserlassen**?

nein ja 😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ☹️

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen **beim Stuhlgang**?

nein ja 😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ☹️

Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen **beim Geschlechtsverkehr**?

nein ja 😊 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 ja, nennen Sie uns bitte noch Einzelheiten zu den Eingriffen:

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!