

Sehr geehrte Patientin,

gerade hinter Unterbauchschmerzen versteckt sich häufig die Erkrankung „Endometriose“. Hierbei handelt es sich um eine gutartige Erkrankung, bei der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter im Körper der Frau vorkommt. Bei manchen Frauen kann Endometriose auch der Grund für einen unerfüllten Kinderwunsch sein. Obwohl etwa jede 10. Frau in Deutschland davon betroffen ist, ist die Erkrankung kaum bekannt und es dauert häufig Jahre bis die Diagnose gestellt wird.

Um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und alle Details zu beachten, würden wir Sie bitten, die folgenden Fragen bereits vor dem Arztgespräch nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch selbstverständlich nicht ersetzen, es hilft jedoch die Ursachen der Beschwerden strukturiert abzuklären.

Den Bogen auszufüllen, dauert etwa fünf Minuten. Ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich – genauso wie alle anderen Informationen, die Sie uns in der Sprechstunde übermitteln.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Unterschrift / Praxisstempel



Name: _____ Heutiges Datum: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Grund des Arztbesuches:

unerfüllter Kinderwunsch falls ja, seit wann? _____
 Schmerzen anderer _____

Letzte Periodenblutung:

Zyklusdauer: _____ / _____ Tage regelmäßig unregelmäßig
(bitte Abstand zwischen 2 Blutungen / Blutungsdauer angeben)

Zwischenblutung: nein ja
Blutungsstärke: stark mittel schwach / keine

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl Schwangerschaften bitte eintragen)
Wie viele Kinder haben Sie lebend geboren? _____ (Gesamtzahl Kinder bitte eintragen)

Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sonstige Hormonpräparate (Hormonspirale / Pflaster / Ring) an?

nein ja
Falls ja: Welches Präparat? _____
Wie? zyklisch, d. h. über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tabletten
 kontinuierlich, Pause ca. alle 3 Monate
 kontinuierlich, d. h. ohne Pause seit _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich sonst noch ein?

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

nein ja

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen, wobei 0 keinen Schmerz und 10 maximal vorstellbare Schmerzen bedeutet?

 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) 

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

nein ja

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen, wobei 0 keinen Schmerz und 10 maximal vorstellbare Schmerzen bedeutet?

 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) 

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen **beim Wasserlassen** gehabt?

nein ja

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen, wobei 0 keinen Schmerz und 10 maximal vorstellbare Schmerzen bedeutet?

 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) 

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen **beim Stuhlgang** gehabt?

nein ja

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen, wobei 0 keinen Schmerz und 10 maximal vorstellbare Schmerzen bedeutet?

 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) 

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen **beim Geschlechtsverkehr** gehabt?

nein ja

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen, wobei 0 keinen Schmerz und 10 maximal vorstellbare Schmerzen bedeutet?

 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) 

Sind Sie schon einmal wegen Endometriose / wegen des Verdachts auf Endometriose operiert worden?

nein ja. Bei mehreren Operationen erläutern Sie bitte die 4 wichtigsten in unten stehender Tabelle:

_____	_____	_____	<input type="radio"/> Bauchspiegelung	<input type="radio"/> Bauchschnitt
Zeitpunkt	Wo? In welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?		
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Bauchspiegelung	<input type="radio"/> Bauchschnitt
Zeitpunkt	Wo? In welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?		
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Bauchspiegelung	<input type="radio"/> Bauchschnitt
Zeitpunkt	Wo? In welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?		
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Bauchspiegelung	<input type="radio"/> Bauchschnitt
Zeitpunkt	Wo? In welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?		