

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 (z.B. 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? (Hormonspirale/ Pflaster/ Ring) ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

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?

● 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 Spermioanalyse 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?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert?

Haben diese zu einer Verbesserung geführt?

- | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| ☐ Ernährungsumstellung | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Yoga | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Osteopathie | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Physiotherapie | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Sport | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ TCM | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Akupunktur | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ Psychotherapie / psychologische Begleitung | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |
| ☐ REHA | ☐ niemals | ☐ selten | ☐ oft | ☐ immer |

Andre: _____

Anmerkungen