

Endometriosezentrum Frauenklinik KSA

Fragebogen Endometriose

Fragebogen zur Vorbereitung auf Ihren Sprechstundentermin

Liebe Patientin

Sie haben einen Termin in unserer Endometriose- und Schmerzsprechstunde.

Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der Gebärmutter Schleimhaut ausserhalb der Gebärmutter vorkommt. Obwohl schätzungsweise 10 % der Frauen von Endometriose betroffen sind, wird diese Krankheit nicht immer erkannt. Meist verursacht sie Unterbauchschmerzen, die auch sehr stark sein können. Sie kann aber auch Ursache für einen unerfüllten Kinderwunsch sein.

Damit für den Arzttermin alle wichtigen Details bekannt sind, ist es hilfreich, wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen. Auf diese Weise kann Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden gezielter abklären. Selbstverständlich werden wir bei Ihrem Termin noch ausführlicher auf Ihre Anliegen eingehen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Sprechstundentermin mit. Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, die Schmerzintensität anzugeben auf einer Skala von 0 bis 10. Bitte geben Sie bei diesen Fragen an, wie stark die Schmerzen im Durchschnitt in den letzten 3 Monaten waren. 0 bedeutet keine Schmerzen, 10 stärkste und unaushaltbare Schmerzen.

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Geb.-Datum: _____

Heutiges Datum: _____

Frauenarzt (Name, Ort): _____

Hausarzt (Name, Ort): _____



1. Haben Sie schmerzhafte Menstruationsblutungen?

☐ Nein

☐ Ja, Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

1.1 Falls ja:
Seit wann haben Sie Menstruations-
schmerzen?

☐ seit

1.2 Falls ja:
Wann setzen die Schmerzen ein?

☐ Einige Tage vor der Blutung

☐ Mit Einsetzen der Blutung

☐

1.3 Falls ja:
Wann sind die Schmerzen am
stärksten?

☐ Vor Einsetzen der Blutung

☐ Mit Einsetzen der Blutung

☐

1.4 Falls ja:
Haben Sie während der Menstruation
auch Schmerzen ausserhalb des
Unterleibs? Oder strahlen die Schmer-
zen vom Unterleib in andere Körper-
regionen aus?

☐ Nein

☐ Ja und zwar an folgenden Stellen:

.....

.....

1.5 Sind Sie aufgrund von Menstruations-
schmerzen schon ausgefallen bei der
Arbeit oder in der Schule?

☐ Nein

☐ Ja. Bitte angeben wieviele Tage im Jahr:

2. Haben Sie unabhängig von der Menstruation an vielen Tagen im Monat Unterleibsschmerzen, und eine Darmerkrankung ist nicht bekannt?

☐ Ja, häufig

☐ Ja, gelegentlich

☐ Nein

2.1 Falls ja: Wie stark sind diese Schmer-
zen und seit wann bestehen sie?

☐ Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

☐ Die Schmerzen bestehen seit:

3. Haben Sie manchmal Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

☐ Nein

☐ Ja, Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

3.1 Falls ja:
Wo treten diese Schmerzen beim Ge-
schlechtsverkehr auf?

☐ Tief in der Scheide

☐ Im kleinen Becken

☐ Am Scheideneingang

4. Haben Sie immer wieder vor/während der Menstruation Beschwerden beim Stuhlgang?

☐ Nein

☐ Ja, der Toilettengang für das Stuhlen ist meist mit
Schmerzen verbunden während der Menstruation.

Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

☐ Ja, ich habe häufig Blutbeimengungen im Stuhlgang
während der Menstruation

☐ Ja, ich habe folgende Beschwerden:

.....

.....

4.1 Ist bei Ihnen eine Darmerkrankung bekannt?

- ☐ Nein
☐ Ja und zwar folgende:

.....

5. Haben Sie immer wieder vor/während der Menstruation Beschwerden beim Wasserlösen?

- ☐ Nein
☐ Ja, ich habe meist Brennen/Schmerzen beim Wasserlösen während der Menstruation.
 Intensität: ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹
☐ Ja, ich habe während der Menstruation gelegentlich blutigen Urin
☐ Ja, ich habe manchmal das Gefühl, die Blase nur erschwert oder nicht vollständig entleeren zu können.
☐ Ja, ich habe folgende Beschwerden:

.....

6. Haben Sie unerfüllten Kinderwunsch?

- ☐ Nein
☐ Ja, seit

6.1 Falls ja:
 Wurde bei Ihnen bereits eine Abklärung oder Kinderwunschbehandlung durchgeführt

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende:

.....

7. Wenden Sie zurzeit Hormonpräparate an oder haben früher welche benutzt (Pille, Hormonspirale, Pflaster, Vaginalring, Implanon ...)?
Falls ja, welches Präparat und (seit) wann?

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende:

.....

7.1 Falls ja:
 Kam es unter Anwendung der Hormonpräparate zu einer Besserung der Schmerzen?

.....

8. Angaben zu Ihrem Menstruationszyklus

Alter beim Auftreten der ersten Menstruation:

Die Blutung ist: ☐ regelmässig ☐ unregelmässig

Zyklusdauer: Tage

(Zyklusdauer = Abstand zwischen 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)

Blutungsdauer: Tage

Stärke der Monatsblutung:

☐ keine bzw. schwach ☐ normal ☐ stark

Zwischenblutungen: ☐ nein ☐ ja

9. Angaben zu allfälligen Schwangerschaften

Bitte alle Schwangerschaften aufführen und Art der Schwangerschaft angeben
(z.B. Geburt, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch)

Jahr	Art der Schwangerschaft

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig oder gelegentlich ein?

Medikament	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

11. Wurden Sie schon mal operiert?

Falls ja, listen Sie bitte alle Operationen auf (auch nicht gynäkologische):

Monat / Jahr	Operation	Spital (Ort)

12. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende:

13. Sind bei Ihnen Allergien auf Medikamenten bekannt?

- ☐ Nein
☐ Ja, auf folgende Medikamente:

**14. Welche Beschwerden stehen für Sie momentan im Vordergrund?
Was belastet Sie am meisten?**

.....

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Endometriosezentrum Frauenklinik

Fachfrauen für Endometriose und Beckenschmerzen Telefon 062 838 51 22
 Sprechstundentermine Ambulatorium Telefon 062 838 50 74
 endometriose@ksa.ch