

## Anamnesebogen zur Erstvorstellung bei Endometriose

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und möglichst viele Details Ihrer Krankengeschichte in die Beratung einfließen lassen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zu Ihrem Termin in der Endometriose-Sprechstunde mitzubringen.

Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund:**  Schmerzen  unerfüllter Kinderwunsch  auffälliger Befund

**Berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  feste Partnerschaft

**Allergien:**  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Unverträglichkeiten:**  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Rauchen:**             ja             nein,            wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

**Alkohol:**             nie             selten             gelegentlich             regelmäßig

**Drogen:**             ja             nein,            wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Thrombose:**             ja             nein,            wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen:**

---



---

**Einnahme von Medikamenten:**     ja             nein            wenn ja, welche (mit Dosierung)

---

Migräne                             ja             nein

Fibromyalgie                       ja             nein

Reizdarmsyndrom                 ja             nein

**Erstdiagnose – Endometriose:** \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal wegen Endometriose oder bei Verdacht auf Endometriose operiert worden?

ja             nein

wenn ja, wann wurde was gemacht?

---



---

Hatten Sie schon andere Operationen?     ja             nein

wenn ja, welche und wann?

---



---

Gibt es in Ihrer Familie (erstgradige) Verwandte, die ebenfalls unter einer Endometriose leiden?

ja             nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie erstgradige Verwandte mit Eierstock- oder Gebärmutterkrebs?

ja  nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Wie wurde bisher die Endometriose therapiert?

- OP  Schmerzmittel  Hormone  Akupunktur  
 traditionelle chinesische Medizin  Homöopathie  Psychosomatik  
 Physiotherapie  Osteopathie  Reha  Ernährungsmedizin  
 anderes: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periode? \_\_\_\_\_

Ist Ihre Periode regelmäßig?  ja  nein

Wie viele Tage hat Ihr Zyklus: \_\_\_\_\_

Wie lange dauert Ihre Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Hormone eingenommen (Pille)?  ja  nein

Waren Sie schon in einem Kinderwunschzentrum in Behandlung?  ja  nein

Wurde bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung durchgeführt?  ja  nein

wenn ja, wie oft und wann: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal schwanger?  ja  nein

wenn ja, Jahr der Geburt / Fehlgeburt / des Schwangerschaftsabbruchs:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung?  ja  nein

Wie stark sind die Schmerzen, von 0 bis 10 (10 sehr stark)? \_\_\_\_\_

vor, während oder nach der Periode? \_\_\_\_\_

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  ja  nein

Wie stark sind die Schmerzen, von 0 – 10 (10 sehr stark)? \_\_\_\_\_

vor, während oder nach der Periode? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Geschlechtsverkehr wegen der Schmerzen vermieden?

ja  nein

Schmerzen beim Wasserlassen?

ja  nein

Wie stark sind die Schmerzen, von 0 – 10 (10 sehr stark)? \_\_\_\_\_

vor, während oder nach der Periode? \_\_\_\_\_

Schmerzen beim Stuhlgang?

ja  nein

Wie stark sind die Schmerzen, von 0 – 10 (10 sehr stark)? \_\_\_\_\_

vor, während oder nach der Periode? \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Schmerzen (Monat / Jahr)? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage im Monat haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage davon sind Sie stark beeinträchtigt in Ihrem Alltag? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage davon müssen Sie im Bett bleiben oder gehen nicht zur Arbeit? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie diesen Bogen zum Gesprächstermin in die Sprechstunde mit.

*Weiter benötigte Unterlagen:*

- Versichertenkarte
- Aktueller Überweisungsschein von Ihrem Gynäkologen
- Falls vorhanden, Arztbriefe, OP-Berichte, Radiologische Befunde und Ähnliches

***Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!***