

## 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.: \_\_\_\_\_

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

### **Einverständnis zum Follow-Up**

Sehr geehrte Patientin,

zur Qualitätssicherung der Arbeit unseres Endometriozentrums möchten wir Ihnen gerne 1 Jahr nach der Behandlung in unserem Haus eine automatisch generierte E-Mail zukommen lassen, in der die Entwicklungen/Therapien im letzten Jahr abgefragt werden. Die Antwort kann per E-Mail erfolgen.

Sollten Sie hiermit einverstanden sein, bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail-Adresse anzugeben und Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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