

	<b>Anmeldeformular</b> <b>Anmeldeformular Endometriose Sprechstunde</b>	<b>Seite 1 von 1</b>
		<b>Revision:</b> 001/11.2023
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie) CL		<b>ID:</b> 476601

Praxisstempel	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck <b>Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</b>  <b>Anmeldung Endometriose Sprechstunde</b> E-Mail: <a href="mailto:ambulanz.frauenklinik.luebeck@uksh.de">ambulanz.frauenklinik.luebeck@uksh.de</a>
---------------	--

Liebe Patientin, liebes Praxis-Team,

um die Termine in der Endometriose Sprechstunde besser planen zu können, bitten wir Sie, uns bereits im Vorfeld einige Fragen zu beantworten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, indem Sie die jeweils zutreffende Antwort ankreuzen bzw. die Felder ausfüllen.

Nach Sichtung der Befunde setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um einen geeigneten Termin zu vereinbaren.

<b>Patientendaten:</b>  Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail: _____ Ich bin einverstanden, dass ich ggf. zu Studienzwecken per Email kontaktiert werde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Grund der Anmeldung (Mehrfachauswahl möglich):</b>  <input type="checkbox"/> V.a. Endometriose <input type="checkbox"/> Regelschmerzen <input type="checkbox"/> gesicherte Endometriose (seit wann: _____) <input type="checkbox"/> Endometriom (Eierstockendometriose) <input type="checkbox"/> Adenomyosis uteri (Gebärmutterendometriose) <input type="checkbox"/> unerfüllter Kinderwunsch <input type="checkbox"/> tiefinfiltrierende Endometriose (an folgendem Organ: _____)
<b>Symptome:</b>  <input type="checkbox"/> Regelschmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen außerhalb der Regel <input type="checkbox"/> Schmerzen/ Blutungen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> Schmerzen/ Blutungen beim Stuhlgang  Seit wann bestehen die Beschwerden? _____  Nehmen Sie aktuell die Pille oder Dienogest ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde wegen der Beschwerden schon einmal die Pille/ Dienogest eingenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gynäkologische Voroperationen und Endometrioseoperationen:</b>  Art des Eingriffs: _____ Jahr: _____ Ort: _____ Art des Eingriffs: _____ Jahr: _____ Ort: _____ Art des Eingriffs: _____ Jahr: _____ Ort: _____ Art des Eingriffs: _____ Jahr: _____ Ort: _____ Art des Eingriffs: _____ Jahr: _____ Ort: _____
<b>Kommentar, Begleiterkrankungen, Diagnosen:</b>    