

Fragebogen Endometriose

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

1. Grund der Vorstellung?

- Schmerzen
- Kinderwunsch / Sterilität
- andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen
- Abklärungsbedürftiger Befund
- Nachkontrolle

2. Wurde bei Ihnen die Diagnose Endometriose von einem Arzt oder Ärztin bereits gestellt?

- Ja Nein

Wenn Ja:

2.1 Wo: _____

2.2 Wann: _____

3. Allgemeine Informationen

3.1 Alter bei erster Menstruationsblutung: _____ Jahre unbekannt

3.2 Erster Tag der letzten Menstruationsblutung: _____

3.3 Ist die Menstruationsblutung regelmässig (alle 25-35 Tage)?

Ja Nein Unbekannt alle _____ Tage

3.4 Wie ist die Stärke ihrer Regelblutung?

Stark Mittel Schwach Keine Blutung

3.5 Wieviele Tage hält die Menstruationsblutung an?

_____ Tage Unbekannt

4. Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sonstige Hormonpräparate an?

Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja:

4.1 Welches Präparat? _____

4.2 Wie?

Zyklisch, d.h über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tablette

Pause alle _____ Monate

Kontinuierlich, ohne Pause

5. Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel wegen der Beschwerden ein?

Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja:

Name: _____ Dosierung: _____ Anzahl Tage / Monat: _____

Name: _____ Dosierung: _____ Anzahl Tage / Monat: _____

Name: _____ Dosierung: _____ Anzahl Tage / Monat: _____

Name: _____ Dosierung: _____ Anzahl Tage / Monat: _____

Bitte treffen Sie zu den folgenden Punkten eine eindeutige Aussage:

(😊 0 = kein Schmerz, 😞 10 = maximal vorstellbarer Schmerz

6. Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?

Ja Nein Keine Angaben Aktuell keine Menstruationsblutung

Falls Ja:

6.1 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 😞

6.2 Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 😞 nicht zutreffend

6.3 Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

😊 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 😞 nicht zutreffend

7. Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor - nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?

Ja Nein Keine Angaben

Falls Ja:

7.1 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 

7.2 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 

7.3 Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  nicht zutreffend

8. Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?

Ja Nein Keine Angaben

Falls Ja:

8.1 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 

8.2 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 

8.3 Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  nicht zutreffend

9. Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen?

Ja Nein Keine Angaben

Falls Ja:

9.1 Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  nicht zutreffend

10. Haben Sie zyklische Schmerzen beim Stuhlgang?

Ja Nein Keine Angaben

Falls Ja:

10.1 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  nicht zutreffend

11. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

Ja Nein Keine Angaben

Falls Ja:

11.1 Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  nicht zutreffend

12. Wie lange bestehen diese Beschwerden?

< 6 Monate 6 – 12 Monate 1 – 3 Jahre 3 – 10 Jahre > 10 Jahre

13. Bestehen die Regelschmerzen von Anfang an?

Ja Nein Keine Angaben

Falls nein:

13.1 Seit wieviel Jahren bestehen die Regelschmerzen?

Seit ___ Jahren

13.2 Gab es einen Auslöser?

Geburt Fehlgeburt / Ausschabung Absetzen der Pille
 Kopferspirale keinen erkennbaren Auslöser

14. Ist bei Ihnen eine familiäre Endometriose bekannt?

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

14.1 Wer? _____

15. Haben Sie Blut im Urin bemerkt?

Ja Nein Keine Angaben

15.1 Tritt das Blut im Urin zyklisch auf?

Ja Nein Keine Angaben

16. Haben Sie Probleme mit dem Darm bzw. Stuhlgang?

Durchfall Verstopfung Blut im Stuhl aufgeblähter Bauch/Endo-Belly

andere keine Problem

16.1 Sind diese Beschwerden zyklisch?

Ja Nein Keine Angaben

17. Waren Sie jemals schwanger? (inklusive Geburten, Frühgeburten, Fehlgeburten, Schwangerschaften ausserhalb der Gebärmutter und Schwangerschaftsabbrüchen)

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

17.1 Insgesamt Schwangerschaften: _____

17.2 Insgesamt Fehlgeburten: _____

17.3 Insgesamt Geburten: _____

18. Haben Sie aktuell einen unerfüllten Kinderwunsch?

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

18.1 Wie lange? _____ Monate

19. Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt? Anti Müller Hormon Bestimmung (AMH)?

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

Unauffällig Auffällig AMH-Wert _____

20. Wurde bei Ihrem Partner eine Spermioogramm durchgeführt?

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

20.1 Wie war das Ergebnis? unauffällig eingeschränkte Fertilität

21. Hatten Sie in der Vergangenheit einen unerfüllten Kinderwunsch?

Ja Nein Keine Angaben

22. Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

Ja Nein Keine Angaben

Falls ja:

Welche Methode(n) wurden angewandt?

- Hormonelle Stimulation Jahr: _____
- Insemination Jahr: _____
- IVF / ICSI Jahr: _____
- andere Jahr: _____ welche? _____
- unbekannt Jahr: _____

23. Ist ihre Lebensqualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

24. Wie sehr hindern sie die Beschwerden daran ein normales Leben zu führen?

- niemals selten oft immer

25. Ist ihre Sexualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

26. Ist ihre Stimmung durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- niemals selten oft immer

27. Welche gynäkologischen Voroperationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

- keine

Jahr	Wo, in welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?

28. Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert?

28.1 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
- andere: _____

Anmerkungen: _____

