

Name
Adresse
Geb. Datum

Prof. Dr. Hornung
Frauenarztpraxis c/o Dr. Soder
Zehntwiesenstraße 5
76275 Ettlingen

E-Mail: prof.hornung@web.de

Fax: 0721-96694813

Fragebogen Endometriose

Liebe Patientin,

um Ihnen die Wartezeit zu verkürzen und uns die Arbeit ein wenig zu erleichtern, 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. Sollte keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten zutreffend sein, ergänzen Sie bitte in kurzen Worten Ihre Antwort.

Telefon:.....Mobil:.....

E-Mail:.....

Dürfen wir Sie für Einladungen zu Informationsveranstaltungen bezüglich Endometriose und über den Erfolg der Behandlung kontaktieren?

ja nein

Hausarzt:.....in.....

Frauenarzt:.....in.....

Familienstand:

alleinstehend verheiratet feste Partnerschaft geschieden verwitwet

Beruf:.....

Größe:.....cm Gewicht:.....kg

1. Aus welchem Grund sind Sie heute bei uns?

.....

2. Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

ja, zuletzt

nein

3. Ist bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt worden?

ja, zuletzt

nein

4. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?

(z.B. Diabetes, Rheuma, Blutungsneigung, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Thrombose / Embolie, Epilepsie, etc.)

ja, folgende, seit:.....
.....
.....

nein

5. Bisherige Operationen

Art des Eingriffs:..... Jahr:..... Ort:.....

Art des Eingriffs:..... Jahr:..... Ort:.....

Art des Eingriffs:..... Jahr:..... Ort:.....

6. Haben Sie Allergien?

ja, folgende.....

nein

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls ja, bitte geben Sie den Namen und die Dosierung an:

ja.....
.....
.....

nein

8. Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen?

(Endometriose, Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Erbkrankheiten, Thrombose usw.)

.....

9. Rauchen Sie?

ja, Häufigkeit, Menge:.....

nein

10. Trinken Sie Alkohol?

ja, Häufigkeit, Menge:.....

nein

11. Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung:.....Jahre

12. Erster Tag Ihrer letzten Monatsblutung:.....

Oder, falls zutreffend, Eintritt der Wechseljahre:.....

13. Zyklusdauer (= Intervall zwischen den Monatsblutungen):

<21 22-25 26-30 31-34 >35 Tage

14. Dauer der Monatsblutung:

3 4 5 6 ≥7 Tage

15. Anzahl der Schwangerschaften insgesamt:..... Geburten:.....

Jahr:..... Entbindungsart: normal Saugglocke Kaiserschnitt

Jahr:..... Entbindungsart: normal Saugglocke Kaiserschnitt

Jahr:..... Entbindungsart: normal Saugglocke Kaiserschnitt

16. Fehlgeburten:

(missed Abortion, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, etc)

Jahr:..... Art:.....

Jahr:..... Art:.....

17. Anzahl Schwangerschaftsabbrüche:.....

18. Wie lange bestehen Ihre derzeitigen Beschwerden schon?

≤3 3-6 6-12 12-24 ≥24 Monate

Bemerkungen:.....
.....

19. Leiden Sie an Unterleibsschmerzen, die bereits länger als drei Monate bestehen und chronisch sind?

Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

20. Leiden Sie an Schmerzen während der Periode? (Dysmenorrhoe)

Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

21. Leiden Sie an Blutungsstörungen?

ja

nein

22. Leiden Sie an Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? (Dyspareunie)

Falls ja, bitte gebe Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

23. Besteht bei Ihnen und Ihrem Partner unerfüllter Kinderwunsch?

ja, seit:..... nein

bisherige Therapie? Stimulation, Insemination, IVF, ICSI ?

24. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

Falls ja, bitte gebe Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

Blutungen: ja nein

25. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

Falls ja, bitte gebe Sie die Intensität der Schmerzen an:

ja, Intensität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nein

Blutungen: ja nein

26. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel / Hormonpräparate?

(Pille, Pillenpflaster, Scheidenring, Hormonspirale, usw.)

ja, folgende:.....

nein

27. Wenn Sie schon einmal Hormonpräparate eingenommen haben, kam es damit zu einer Besserung der Beschwerden?

ja

nein

Sind Nebenwirkungen aufgetreten, wenn ja, welche?

.....

28. Gibt es sonst noch etwas, worüber Sie mit uns sprechen möchten?

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

