

Name:
Adresse:
Geburtsdatum:



Prof. Dr. Daniela Hornung
Frauenarztpraxis
Kaiserstr. 34 a
76133 Karlsruhe
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 geschieden verwitwet feste Partnerschaft

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:.....
.....
.....
.....

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 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

Bemerkung:.....

.....

.....

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? (Dysmennorrhoe)

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 geben 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

24. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang?

- | | | | | |
|------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, beim Wasserlassen | Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja, beim Stuhlgang | Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nein | | | | |

25. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel/ Hormonpräparate?

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

- ja, folgende
- nein

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

- ja
- nein

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

.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!