

Endometriose Fragebogen

Name _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Pat-ID: _____
 Größe: _____ Gewicht: _____ Datum: _____

Lesen Sie sich bitte die Fragen aufmerksam durch und versuchen Sie möglichst alle zu beantworten. Fragen, die auf Sie nicht zutreffen, brauchen Sie nicht zu beantworten. Bei manchen Fragen sind mehrere Antworten (Mehrfachnennungen) möglich.

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____

Trinken Sie Alkohol? Nein gelegentlich regelmäßig übermäßig

Leiden Sie an Allergien/chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Schmerzmedikamente Antibiotika Pflaster Nickel
 andere Kontaktstoffe Heuschnupfen Lebensmittel Asthma
 Autoimmunerkrankung Reizdarm Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2
 andere _____

1.0 Ist in Ihrer Familie Periodenschmerz bekannt? Ja Nein

1.0.1 Wenn ja, bei welchem Familienmitglied? Mutter Schwester(n) Großmutter Tante(n)

1.1 Wurde bei Ihnen bereits ein Myom diagnostiziert? Ja Nein

1.1.2 Wenn ja, wann: (Monat/Jahr) _____

1.2 Wurde bei Ihnen bereits eine Endometriose diagnostiziert? Ja Nein

1.2.1 Wenn ja, wann: (Monat/Jahr) _____

1.3 Wurde bei Ihnen bereits eine Ovarial-Zyste diagnostiziert? Ja Nein

1.3.2 Wenn ja, wann: (Monat/Jahr) _____

1.4 Wurden Sie aufgrund ihrer Endometriose bzw. Perioden-Schmerzen operiert? Ja Nein

Wenn ja, wie oft: _____ und in welchem Monat/Jahr: _____

1.4.1 Wenn ja welche Auswirkungen hatte die Operation auf Ihre Schmerzen?

keine Veränderung schlechter als vorher weniger als 50% besser mehr als 50% besser

1.5 Hatten Sie bereits eine Ausschabung in der Vergangenheit? Ja Nein

2 Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

2.1 Wenn ja wie oft? _____

2.1.1 Wie endet(en) Ihre Schwangerschaften? Geburt Fehlgeburt Abbruch/Abort

2.1.2 Wie wurde(n) das Kind/die Kinder entbunden?

Auf natürlichem Weg, in welchem(n) Jahr(en)? _____

Per Kaiserschnitt, in welchem(n) Jahr(en)? _____

Per vaginaler Operation (Saugglocke ö.ä.), in welchem(n) Jahr(en)? _____

2.1.3 Wie ist die Schwangerschaft eingetreten? Natürlich _____mal künstlich (IVF, ICSI etc.) _____mal**2.2 Wurde bei Ihnen eine künstliche Befruchtung durchgeführt?** Ja Nein2.2.1 Mit (ja) oder ohne (nein) Hormone? Ja Nein2.2.2 Führte die künstliche Befruchtung zu einer Schwangerschaft? Ja Nein2.2.3 Führte die künstliche Befruchtung zu einer Geburt? Ja Nein**2.3 Sind Sie ungewollt kinderlos?** Nein Ja, seit wann? (Monat/Jahr) _____2.3.1 Besteht bei Ihnen aktuell Kinderwunsch? Nein Ja, seit wann? (Monat/Jahr) _____2.3.1 Bestand in der Vergangenheit ein Kinderwunsch? Ja, wann? (Monat/Jahr) _____**3 In welchem Alter hatten Sie das erste Mal ihre Regelblutung?** _____**3.1 Wie war Ihre erste Regelblutung?**Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz**3.2 In welchem Alter haben Sie das erste Mal hormonell verhütet?** _____**3.3 Verhüten Sie zurzeit?** Nein Ja

3.3.1 Wenn ja, wie verhüten Sie?

 Anti-Baby-Pille IUP (Kupferspirale) Hormonspirale (Mirena, LNG-IUD u.a.) vaginal (Nuvaring) Depot (Spritze/Stäbchen) Kondom/Temperatur/App/Kalendermethode Andere: _____

3.3.2 Welche Anti-Baby-Pille (Name) nehmen Sie zurzeit? _____

3.3.3 Haben Sie vor kurzem die Pille (Name, Monat, Jahr) gewechselt? _____

3.3.4. In welchem Zyklus nehmen Sie die Anti-Baby-Pille?

 normal (21/7) Dreimonatspille Langzeitzyklus (ohne Pause)

3.3.4 Seit wann nehmen Sie diese Pille (Monat/Jahr)? _____

3.3.5 Haben Sie eine längere Pillenpause (länger als 1 Monat) gemacht? Nein Ja

Wenn ja, von wann bis wann? _____

3.4 Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Ja Nein

3.4.1 Wie viele Tage dauert Ihr Zyklus im Durchschnitt? _____Tage

3.4.2 Wie viele Tage dauert Ihre Blutung im Durchschnitt? _____Tage

3.4.3 Wann war der erste Tag Ihrer letzten Blutung? _____Datum (Tag/Monat)

3.5 Wie beurteilen Sie Ihre Blutung? gering mittel stark

3.5.1 Wie würden Sie Ihre Blutung beschreiben? tropfend fließend schwallartig

3.5.2 Enthält die Blutung Klumpen? Nein wenige viele
 kleine mittelgroße große

3.6 Haben Sie Schmerzen im Zusammenhang mit ihrer Periode? Ja Nein

3.6.1 Wann haben Sie Schmerzen? vorher währenddessen nachher

3.6.2 Wie stark sind Ihre durchschnittlichen Periodenschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

3.6.3 Wie stark sind Ihre stärksten Periodenschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

3.6.4 Haben Sie zu Beginn Ihrer Periode Dauerschmerzen? Ja Nein
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

4 Haben Sie Zwischenblutungen? Ja Nein

4.1 Haben Sie Schmerzen im Zusammenhang mit Zwischenblutungen? Ja Nein
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

4.2 Haben Sie Schmierblutungen? Ja Nein

5 Haben Sie chronische Schmerzen im Unterbauch? Ja Nein
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

5.1 Haben Sie Unterbauch-Krämpfe während der Periode? Nein selten Mittel Oft
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

5.2 Haben Sie Unterbauch-Krämpfe außerhalb der Periode? Nein selten Mittel Oft
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

6 Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein
 Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

6.1 Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen beim Wasserlassen: krampfend, drückend, ziehend, brennend, verzögert, gegen Widerstand (bitte entsprechendes unterstreichen)

6.2 Wie ist das Gefühl nach der Blasenentleerung im Vergleich zu vorher?
 erleichtert/leer/besser gleichbleibend drängender/voller/schlechter

6.3 Wie nehmen Sie während der Menstruation die Blasen-Schmerzen/Probleme wahr?
 unverändert stärker schwächer

7 Hatten Sie in der Vergangenheit Harnwegsinfekte? Ja Nein

7.1 Wenn ja, wie häufig pro Jahr haben Sie Harnwegsinfekte?
 0 – 1 Mal 2 – 3 Mal 4 – 5 Mal 6 – 10 Mal mehr als 10 Mal

7.3 Nehmen Sie bei Harnwegsinfekten Antibiotika? Ja Nein

7.2 Wenn ja, haben Ihnen die Antibiotika geholfen? immer häufig selten nie

8 Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

8.1 Haben Sie Bauch- bzw. Darmkrämpfe vor dem Stuhlgang? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

8.2 Haben Sie Bauch- bzw. Darmkrämpfe während des Stuhlgangs? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

8.3 Wie oft müssen Sie dringend zum Stuhlgang?

Nie weniger als 1x die Woche 1x die Woche mehr als 1x die Woche

8.4 Haben Sie Verstopfungen? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

8.4.1 Wenn ja, wie oft, wie lange und wann? (vor, während oder nach der Blutung):

8.5 Haben Sie Durchfall? Ja Nein

8.5.1 Wenn ja, wie oft, wie lange und wann? (vor, während oder nach der Blutung):

8.6 Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Bauch aufgebläht ist? Ja Nein

8.6.1 Wenn ja, wie oft, wie lange und wann? (vor, während oder nach der Blutung):

9 Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

9.1 Wenn ja, wie oft haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

selten etwa Hälfte der Zeit meistens immer

10 Empfinden Sie Schmerzen an der Vagina (Scheide)? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

10.1 Wenn ja, wann empfinden Sie Schmerzen an der Vagina (Scheide)?

während der Periode außerhalb der Periode Eisprung Geschlechtsverkehr generell

11 Haben Sie Schmerzen während des Eisprungs? Ja Nein

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

12 Wo spüren Sie die Periode-bedingten Schmerzen (siehe Fragen 3.6; 4.1; 9 und 11)? Oberbauch, Unterbauch, Lendenwirbelsäule, Oberschenkel, Leiste, Hüfte, Beine, Brust, Vagina, Eierstöcke oder _____ (bitte Entsprechendes unterstreichen)

13 Beschreiben Sie bitte Ihre Periode-bedingten Schmerzen/Probleme (vgl Fragen 3.6; 4.1; 9 und 11): krampfend, reißend, ziehend, stechend (wie mit Nadeln), stechend (wie mit einem Messer), pulsierend, drückend, berührungsempfindlich, aufgedunsen, fiebrig oder _____
(bitte Entsprechendes unterstreichen)

13.1 Nennen Sie bitte die 3 stärksten Schmerzen/Probleme (vom stärksten zum schwächsten)

1. _____ 2. _____ 3. _____

14 Wie stark war Ihr stärkster Schmerz in den vergangenen 4 Wochen?

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

15 Wie stark war Ihr durchschnittlicher Schmerz in den vergangenen 4 Wochen?

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster Schmerz

16 Nehmen Sie Schmerzmittel? Ja Nein

16.1 Wenn ja, seit wann? _____

16.2 Wenn ja, welche(s)? _____

16.3 Wenn ja, welche Dosis pro Tag? _____

16.4 Wenn ja, wie viele Tage pro Monat? _____

16.5 Wann nehmen Sie die Schmerzmittel? Regelmäßig bei Bedarf vor der Periode während der Periode nach der Periode

17 Haben Sie Schlafstörungen? Ja Nein

Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Nachtschweiß (bitte Entsprechendes unterstreichen)

18 Neigen Sie zu: Kopfschmerzen, Migräne, Brustspannen, Übelkeit, Schwindel, schnelle Erschöpfung, chronische Müdigkeit, nervöse Anspannung, Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Verwirrung, Vergesslichkeit, Wassereinlagerungen, Haarausfall oder _____ (bitte Entsprechendes unterstreichen)

19 Wie fühlen Sie sich in den letzten 1-2 Wochen? Energiegeladen, gut, matter als sonst, müde, energielos, kaputt oder _____ (bitte Entsprechendes unterstreichen)

20 Wie beurteilen Sie Ihre Lebensqualität in den letzten 2 Monaten? gut mittel schlecht

21 Haben Sie wegen Ihrer Endometriose eine Hormonbehandlung erhalten? Ja Nein weiß nicht

21.1 Welche Hormonbehandlung erhalten Sie? GnRH Name: _____

Hormonspirale Name: _____ Pille Name: _____

andere Hormonbehandlung Name: _____