

Fragebogen – Endometriosesprechstunde



**Ketteler
Krankenhaus**
Offenbach

Bischof W. E. von Ketteler

Fragebogen – Endometriosesprechstunde der Frauenklinik am Ketteler Krankenhaus

Um uns optimal auf Ihre Untersuchung vorbereiten zu können und einen reibungslosen Ablauf garantieren zu können, bitten wir Sie höflich, uns diesen Fragebogen zur Erstuntersuchung in unserem Haus ausgefüllt mitzubringen.

Name: _____ Geb.: _____

Hausarzt: _____

Frauenarzt: _____

Körperlänge: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Berufliche Tätigkeit: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet geschieden feste Partnerschaft

Vorstellungsgrund:

Schmerzen Kinderwunsch Blutungsstörungen Sonstiges

Rauchen: ja nein wenn ja, wie viel pro Tag: ____ Stück, seit ____ Jahren

Alkohol: ja nein selten gelegentlich regelmäßig

Thrombose: ja nein Wenn ja, wann: _____

Lungenembolie: ja nein Wenn ja, wann: _____

Gerinnungsstörungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Einnahme von Medikamenten: ja nein Wenn ja, welche: _____

Gültig ab: 21.10.2021	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Dr. L. Schröder	Freigegeben: Dr. L. Schröder	Version 01	Seite 1 von 3

Fragebogen – Endometriosesprechstunde



**Ketteler
Krankenhaus**
Offenbach

Bischof W. E. von Ketteler

Haben Sie Vorerkrankungen? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Wie alt waren Sie als Sie erste Periode bekommen haben? _____

Ist Ihre Periode regelmäßig? ja nein

Wann war der erste Zyklustag Ihrer letzten Periode? _____._____.20____

Wie lange dauert Ihre Periodenblutung? _____ Tage

Wie stark ist Ihre Periodenblutung schwach mittel stark

Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung? ja nein

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann haben Sie Schmerzen?

Vor während nach der Periode

Nehmen Sie Medikamente gegen die Periodenschmerzen?

Nein Ja ,welche? _____

Haben Sie jemals Hormone eingenommen (die Pille)

Nein Ja ,welche? _____

Waren Sie schon einmal Schwanger? ja nein

wenn ja, Jahr der Geburt / Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch

Waren Sie schon in einem Kinderwunschzentrum in Behandlung? ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wie oft _____

Haben Sie Schmerzen bei Geschlechtsverkehr? ja nein

Wie stark sind die Schmerzen von 0-10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gültig ab: 21.10.2021	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Dr. L. Schröder	Freigegeben: Dr. L. Schröder	Version 01	Seite 2 von 3

Fragebogen – Endometriosesprechstunde



**Ketteler
Krankenhaus**
Offenbach

Bischof W. E. von Ketteler

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Geschlechtsverkehr wegen Schmerzen vermieden?

ja nein

Leiden Sie unter chronischen Bauchschmerzen? ja nein

Wenn ja, welche Intensität:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie viele Tage im Monat haben Sie Schmerzen? _____ Tage

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? ja nein

Wenn ja, welche Intensität:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein

Wenn ja, welche Intensität:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie eine Blutung beim Stuhlgang? ja nein

Seit wann bestehen die Schmerzen (Monat / Jahr)? _____ / _____

Strahlen die Schmerzen aus von Unterbauch ausgehend in eine andere Region des Körper aus? ja nein

Wenn ja, wohin? _____, nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Endometriose diagnostiziert? ja nein

Wenn ja, wann: _____

und in welchem Rahmen: _____

Sind Sie schon einmal aufgrund einer Endometriose operiert worden? ja nein

Falls Sie hier „ja“ angekreuzt haben, bringen Sie bitte unbedingt die OP-Berichte der zu Ihrem Vorstellungstermin mit.

Für Ihre Mühe bedankt sich,

Ihr Team der Frauenklinik Ketteler-Krankenhaus Offenbach

Gültig ab: 21.10.2021	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Dr. L. Schröder	Freigegeben: Dr. L. Schröder	Version 01	Seite 3 von 3