Fragebogen zur Erfasssung der (Perioden)-Schmerzen/Endometriose

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pat-ID (Füllen wir aus): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lesen Sie sich bitte die Fragen aufmerksam durch und versuchen Sie möglichst alle zu beantworten. Bei manchen Fragen sind mehrere Antworten/Mehrfachnennungen möglich. Es wird nach dem Jetztzustand (maximal 3 Monate zurück) gefragt!**

**Rauchen Sie?** 🞏 Nein 🞏 Ja Wie viele Zigaretten am Tag?\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren?\_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Allergien?** 🞏Ja 🞏Nein **Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen eine Hysterektomie (Uterusentfernung)** **durchgeführt?** 🞏Ja 🞏Nein

**Haben/ Hatten Sie eine** **Tumorerkrankung?** 🞏Ja 🞏Nein

**Leiden Sie an einem Nußknackersyndrom?** 🞏Ja 🞏Nein **…oder Fibromyalgie** 🞏Ja 🞏Nein

**1.0 Gibt es in Ihrer Familie Periodenschmerzen?** 🞏Ja 🞏Nein Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.1 Wurde bei Ihnen bereits eine Endometriose diagnostiziert?** 🞏Ja 🞏Nein 1.1.1 Wenn ja, wann: (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1.2 Wurden Sie aufgrund Ihrer Endometriose bzw. Periodenschmerzen operiert? 🞏Ja 🞏Nein

Wenn ja, wie oft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Welcher Monat/Jahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1.3 Wenn ja, welche Auswirkungen hatte die Operation auf Ihre Schmerzen?

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

**1.2 Wurde bei Ihnen ein Myom diagnostiziert?** 🞏Ja 🞏Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.3 Wurde bei Ihnen eine Ovarial-Zyste diagnostiziert?** 🞏Ja 🞏Nein Wenn ja, wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 Sind Sie aktuell schwanger?**  🞏Ja 🞏Nein

2.1 Waren Sie schon einmal schwanger? 🞏Ja 🞏Nein

2.2 Wann war die letzte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3 Sind Sie ungewollt kinderlos? 🞏Nein 🞏Ja, seit wann? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.0 Verhüten Sie zurzeit?** 🞏 Nein 🞏 Ja

**3.1 Wenn ja, wie verhüten Sie (Zutreffendes ankreuzen oder unterstreichen)?**

🞏 Anti-Baby-Pille - Welche Anti-Baby-Pille (Name) nehmen Sie zurzeit?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Hormonspirale (Mirena, LNG-IUD) oder andere Hormonspirale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Vaginal (Nuvaring) oder andere vaginale Verhütung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Depot (Spritze/Stäbchen)

🞏 Hormonfrei: Spirale/Kette, Kondom, Diaphragma, Temperatur-/ App-/ Kalendermethode

🞏 Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.1.1** Seit wann nehmen Sie die Anti-Baby-Pille (Monat, Jahr)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.1.2** Wurde in den letzten 6 Monaten die Pille (Name, Monat, Jahr) gewechselt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn ja, wann (Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_

**3.1.3** Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine längere Pillenpause (> 1 Monat) gemacht? 🞏Nein 🞏Ja

**3.1.4** Nehmen Sie ein GnRH-Analogon (z.B. Buserelin, Goserelin) 🞏Ja 🞏Nein

oder ein Dienogest-Präparat (z.B. Visanne, Endovelle, Zafrilla o.ä.) ein? 🞏Ja 🞏Nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sollten Sie in den letzten 3 Monaten keine Regelblutung gehabt haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4. Sollten Sie trotz ausbleibender Regelblutung (z.B. durch hormonelle Verhütung) Beschwerden (auch Periodenschmerzen) spüren, beantworten Sie wenn möglich alle Fragen.**

**3.2 Ist Ihr Zyklus regelmäßig (nur beantworten, wenn Sie eine Periode haben)?** 🞏Ja 🞏Nein

3.2.1 Wie viele Tage dauert Ihr Zyklus im Durchschnitt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tage

3.2.2 Wie viele Tage dauert Ihre Blutung im Durchschnitt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tage

3.2.3 Wann war Ihre letzte Blutung (**Beginn-Ende**, Tag, Monat, Jahr) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2.4 Haben Sie Zwischenblutungen (Blutung außerhalb & kürzer als die Periodenblutung)? 🞏Ja 🞏Nein

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

3.2.6 Haben Sie Schmierblutungen (= bräunlicher Ausfluss außerhalb der Menstruation)? 🞏 Ja 🞏 Nein

**3.3 Haben Sie Schmerzen im Zusammenhang mit ihrer Periode?** 🞏Ja 🞏Nein

3.3.1 Wann haben Sie Schmerzen? 🞏 vorher 🞏 währenddessen 🞏 nachher

|  |  |
| --- | --- |
| Kein Schmerz stärkster Schmerz | |
| Stärke der durchschnittlichen Periodenschmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 |
| Stärke der stärksten Periodenschmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 |
| Stärke der Schmerzen zu Beginn der Periode | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 |
| Unterbauchkrämpfe während der Periode  Wenn ja, wie stark? | 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft  🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 |
| Unterbauchkrämpfe außerhalb der Periode Wenn ja, wie stark? | 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏Oft  🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 |

**4 Haben Sie chronische Unterbauchschmerzen (länger als 3 Monate bzw. 3 Perioden)?** 🞏Ja 🞏Nein Kein Schmerz 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 stärkster Schmerz

**5 Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**5.1 Wenn ja, wann haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?**

🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode 🞏 unabhängig vom Zyklus/Periode

**5.2 Fühlt sich Ihre Blase nach dem Wasserlassen weiterhin gefüllt an?**

🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏Oft

**5.3 Müssen Sie innerhalb weniger Minuten nach dem Wasserlassen erneut zur Toilette?**

🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏Oft

**5.4 Haben Sie Schmerzen, wenn Ihre Blase voll ist?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

**6 Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**6.1 Wenn ja, wann haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?**

🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode 🞏 unabhängig vom Zyklus/Periode

**6.2** **Haben Sie Bauch-/Darmkrämpfe vor dem Stuhlgang?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft Kein Schmerz 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 stärkster Schmerz

**6.3 Haben Sie Bauch-/Darmkrämpfe während des Stuhlgangs?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**6.4** **Haben Sie Verstopfungen?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**6.4.1 Wenn ja, wann haben Sie Verstopfungen?**

🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode 🞏 unabhängig vom Zyklus/Periode

**6.5 Haben Sie Durchfall (3x flüssiger/weicher Stuhl 24 Stunden)?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**6.5.1 Wann haben Sie Durchfall?** 🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode

**6.5.2 Ist bei Ihnen ein Reizdarmsyndrom bekannt?** 🞏 Ja 🞏 Nein

**6.6 Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Bauch aufgebläht ist?**  🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

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

**6.6.1 Wenn ja, wann haben Sie das Gefühl, dass Ihr Bauch aufgebläht ist?**

🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode 🞏 unabhängig vom Zyklus/Periode

**7 Haben Sie Schmerzen beim/kurz nach dem Geschlechtsverkehr? Wenn ja, wie oft?**

🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

🞏 Stellungsabhängig 🞏 zurzeit kein Geschlechtsverkehr

🞏 Außerhalb der Periode 🞏 Während der Periode 🞏 unabhängig vom Zyklus/Periode

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

**8 Haben Sie Schmerzen während des Eisprungs?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft Kein Schmerz 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 🞏6 🞏7 🞏8 🞏9 🞏10 stärkster Schmerz

**9 Wo spüren Sie Ihre Schmerzen im Allgemeinen?**

🞏 Unterbauch 🞏 Oberschenkel/Beine 🞏 Oberbauch 🞏Eierstöcke

🞏 Hüfte 🞏 Leiste 🞏 Brust 🞏 Po/Gesäß

🞏 Lendenwirbelsäule 🞏 Afterbereich 🞏 Vagina oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10 Strahlen Ihre Schmerzen aus (Startpunkt Unterbauch und Po-Backen)?** 🞏Ja 🞏Nein

**11 Wie stark ist Ihr aktueller Schmerz (heute)?**

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

**12 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

**13 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

**14 Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen/Probleme (in den letzten 4 Wochen):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nie kaum gering mittel stark sehr stark | |
| Stärke der krampfenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der reißenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der stechenden Schmerzen (Messerartig) | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der stechenden Schmerzen (Nadelartig) | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der drückenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der ziehenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der pulsierenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der brennenden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der prickelnden/ kribbelnden Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der Schmerzen durch leichte Berührung | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der blitzartigen Schmerzen | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der Schmerzen durch Kälte/Wärme | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke des Taubheitsgefühls | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| Stärke der Schmerzen durch leichten Druck | 🞏0 🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |

**15 Welche der folgenden Aussagen beschreibt den zeitlichen Verlauf Ihrer Schmerzen am besten?**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen |  |
| 🞏 Dauerschmerzen mit starken Schwankungen (Spitzen) |  |
| 🞏 Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei |  |
| 🞏 Schwankende Schmerzen mit Schmerzattacken (Wellen) |  |

**16 Nehmen Sie Schmerzmittel wegen der Schmerzen ein?**

🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft

**16.1** **Wenn ja, welche(s)?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16.2** **Wann nehmen Sie die Schmerzmittel?**

🞏 vor der Periode 🞏 während der Periode 🞏 nach der Periode

**17 Haben Sie Schlafstörungen?** 🞏 Nein 🞏 Selten 🞏 Mittel 🞏 Oft 🞏 Einschlafstörungen 🞏 Durchschlafstörungen 🞏 Nachtschweiß

**18 Neigen Sie zu (Mehrfachnennungen möglich):**

🞏 Kopfschmerzen 🞏nervöse Anspannung 🞏 Übelkeit

🞏 Migräne 🞏 Stimmungsschwankungen 🞏 Brustspannen

🞏 Schwindel 🞏 Niedergeschlagenheit 🞏 Wassereinlagerungen

🞏 schnelle Erschöpfung 🞏 Lustlosigkeit 🞏 Haarausfall

🞏 chronische Müdigkeit 🞏 Verwirrung 🞏 Vergesslichkeit

🞏 sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**19 Wie fühlen Sie sich in den letzten 1-2 Wochen?**

🞏 energiegeladen 🞏 matter als sonst 🞏 energielos

🞏 gut 🞏 müde 🞏 kaputt 🞏 oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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