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. Es wird nach dem Jetzt-Zustand gefragt.**

**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 🞏Nein

2.2.1 Mit (ja) oder ohne (nein) Hormone? 🞏Ja 🞏Nein

2.2.2 Führte die künstliche Befruchtung zu einer Schwangerschaft? 🞏Ja 🞏Nein

2.2.3 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_