Basis-Fragebogen

Version 2021/07-001

AG|EM
Arbeitsgemeinschaft Endometriose

Heutiges Datum

Patientinnen-Etikett	Kontaktdaten
	E-Mail Adresse Telefonnummer

Grund der heutigen Vorstellung: (Bitte markieren sie die zutreffenden Punkte)

- ◯ Schmerzen
- ◯ Kinderwunsch / Sterilität
- ◯ andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen
- ◯ bekannte Endometriose (Erstdiagnose) ____ Monat ____ Jahr - der Erstdiagnose
- ◯ Diagnostischer Befund mit (Verdacht auf) Endometriose (z.B. auffälliger Ultraschall, MRT, andere OP)
- ◯ Kontrolle / Nachsorge (keine Beschwerden)
- ◯ andere: _____

Alter bei erster Menstruationsblutung: ____ Jahre ◯ unbekannt

Erster Tag der letzten Menstruationsblutung: _____

Ist die Menstruationsblutung regelmäßig (alle 25-35 Tage)**:** ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt alle ____ Tage

Wie ist die Stärke ihrer Regelblutung: ◯ stark ◯ mittel ◯ schwach ◯ keine Blutung

Wieviele Tage hält die Menstruationsblutung an? ____ Tage ◯ unbekannt

Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sonstige Hormonpräparate an? (Hormonspirale/ Pflaster/ Ring) ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

Falls ja: Welches Präparat? _____

Falls ja: Wie?

- ◯ zyklisch , d. h. über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tabletten?
- ◯ Pause alle _____ Monate?
- ◯ kontinuierlich, ohne Pause

Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel wegen der Beschwerden ein? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

Falls ja: Welche Präparate?

Name:	_____	Dosierung:	_____	Anzahl der Einnahmetage monatlich	_____
Name:	_____	Dosierung:	_____	Anzahl der Einnahmetage monatlich	_____
Name:	_____	Dosierung:	_____	Anzahl der Einnahmetage monatlich	_____
Name:	_____	Dosierung:	_____	Anzahl der Einnahmetage monatlich	_____

AGEM e.V.
Charité Universitätsmedizin
Klinik für Gynäkologie
c/o Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Endometriose Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Basis-Fragebogen

Version 2021/07-001

AG|EM
Arbeitsgemeinschaft Endometriose

Bitte treffen Sie zu den folgenden Punkten eine eindeutige Aussage:

Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

◯ aktuell keine Menstruationsblutung

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor - nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?

◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?

◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◯ nicht zutreffend

Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie zyklische Schmerzen beim Stuhlgang? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AGEM e.V.
Charité Universitätsmedizin
Klinik für Gynäkologie
c/o Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Endometriose Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Wie lange bestehen diese Beschwerden?

◯ < 6 Monate ◯ > 6 - 12 Monate ◯ 1 - 3 Jahre ◯ 3 - 10 Jahre ◯ > 10 Jahre ◯ nicht zutreffend

---

Bestehen die Regelschmerzen von Anfang an? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls nein: Seit wieviel Jahren bestehen die Regelschmerzen? Seit _____ Jahren

Gab es einen Auslöser? ◯ Geburt ◯ Absetzen der Pille ◯ keinen erkennbaren
◯ Fehlgeburt/Ausschabung ◯ Kupferspirale

Ist bei Ihnen einen familiäre Endometriose bekannt? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Falls ja: Wer?

Haben Sie Blut im Urin bemerkt? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Tritt das Blut im Urin zyklisch auf? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

---

Haben Sie Probleme mit dem Darm bzw. Stuhlgang?

◯ Durchfall ◯ Verstopfung ◯ Blut im Stuhl ◯ aufgeblähter Bauch/Endo-Belly ◯ andere ◯ keine Probleme

Sind diese Beschwerden zyklisch? ◯ ja ◯ nein ◯ keine Angabe

Waren Sie jemals schwanger? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

(inklusive Geburten, Frühgeburten, Fehlgeburten, Schwangerschaften außerhalb der Gebärmutter und Schwangerschaftsabbrüchen)

Falls ja: Insgesamt _____ Schwangerschaften Insgesamt _____ Fehlgeburten Insgesamt _____ Geburten

---

Haben Sie aktuell einen unerfüllten Kinderwunsch? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

Falls ja: Wie lange? _____ (Monate)

Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt? Anti Müller Hormon Bestimmung (AMH) ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt ◯ nicht zutreffend

Falls ja: War diese ◯ auffällig ◯ unauffällig _____ AMH-Wert

Wurde bei Ihrem Partner eine Spermiogramm durchgeführt? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt ◯ nicht zutreffend

Falls ja: Wie war das Ergebnis? ◯ eingeschränkte Fertilität ◯ unauffällig

---

Hatten Sie in der Vergangenheit einen unerfüllten Kinderwunsch? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? ◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt ◯ nicht zutreffend

Falls ja: Welche Methode(n) wurden angewandt?

◯ Hormonelle Stimulation Jahr: _____ ◯ andere Jahr: _____

◯ Insemination Jahr: _____ ◯ unbekannt Jahr: _____

◯ IVF / ICSI Jahr: _____

AGEM e.V.
Charité Universitätsmedizin
Klinik für Gynäkologie
c/o Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Endometriose Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Ist ihre Lebensqualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? ◯niemals ◯selten ◯oft ◯immer

Wie sehr hindern sie die Beschwerden daran ein normales Leben zu führen? ◯niemals ◯selten ◯oft ◯immer

Ist ihre Sexualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? ◯niemals ◯selten ◯oft ◯immer

Ist ihre Stimmung durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? ◯niemals ◯selten ◯oft ◯immer

Welche gynäkologischen Voroperationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

Zeitpunkt (Jahr)	Wo, in welchem Krankenhaus?	Was wurde gemacht?

Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert?

Haben diese zu einer Verbesserung geführt?

◯ Ernährungsumstellung	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Yoga	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Osteopathie	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Physiotherapie	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Sport	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ TCM	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Akupunktur	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ Psychotherapie / psychologische Begleitung	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer
◯ REHA	◯niemals	◯selten	◯oft	◯immer

Andre: _____

Anmerkungen

Stempel

AGEM e.V.
Charité Universitätsmedizin
Klinik für Gynäkologie
c/o Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Endometriose Augustenburger Platz 1
13353 Berlin