



Endometriose Fragebogen

Patientinnendaten

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre
- Datum: _____

1. Hauptbeschwerden

- Schmerzen: ☐ nein ☐ ja, seit: _____
- Wo genau: ☐ Unterbauch (rechts / links / mittig) ☐ Beckenboden ☐ Lendenwirbelsäule ☐ Steißbein-ISG (rechts / links) ☐ Leiste (rechts / links) ☐ Hüfte (rechts / links) ☐ Bein (rechts / links / Vorderseite / Rückseite) ☐ Oberschenkel (vorne / hinten / seitlich) ☐ Oberbauch (rechts / links / mittig) ☐ Darm ☐ Brust (rechts / links) ☐ Schulter (rechts / links) ☐ andere Stelle(n): _____
- Stärke (von 0 nicht vorhanden bis 10 nicht auszuhalten): _____
- Charakter: ☐ permanent ☐ wechselnd ☐ zyklusabhängig

2. Zyklus / Gynäkologische Anamnese

- Erste Periode mit: _____ Jahren
- Zyklus: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig
- Dauer: _____ Tage | Blutungsstärke: ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark
- Schmerzen während Periode: ☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark (einschränkend)
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: ☐ nein ☐ ja, oberflächlich ☐ ja, tief
- Zwischenblutungen: ☐ nein ☐ ja
- Erster Tag Ihrer letzten Blutung: _____ Datum (Tag/Monat)

3. Beschwerden im Bereich von Magen-Darm und Harnwege

- Verstopfung / Durchfall ☐ nein ☐ ja
- Blut im Stuhl ☐ nein ☐ ja, zyklusabhängig
- Schmerzen beim Stuhlgang ☐ nein ☐ ja, zyklusabhängig
- Schmerzen beim Wasserlassen ☐ nein ☐ ja, zyklusabhängig
- Blut im Urin ☐ nein ☐ ja, zyklusabhängig

4. Schwangerschaften

- Schwangerschaften: Anzahl _____ | Kaiserschitt: ☐ nein ☐ ja

5. Vorbefunde / Vorthapien

Bitte bringen Sie all Ihre Vorbefunde und Voraufnahmen zum Untersuchungstermin mit.

- Bekannte Endometriose: ☐ nein ☐ ja, wo und seit wann: _____
- Voroperationen (wann und was wurde genau operiert): _____
- Frühere Bildgebung (US/MRT): _____
- Bekannte Uterusmyom: ☐ nein ☐ ja
- Ovarial-Zyste: ☐ nein ☐ ja
- Ausschabung in der Vergangenheit: ☐ nein ☐ ja, wann: _____
- Vorbehandlungen bei Endometriose- bzw. Perioden-Schmerzen:
 - ☐ Hormontherapie
 - ☐ Schmerztherapie
 - ☐ Operation

6. Allgemeine Anamnese

- Vorerkrankungen: _____
- Medikamente: _____