



## Anamnesebogen Erstvorstellung Endometriose-Sprechstunde

KLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE  
UND GEBURTSHILFE

Liebe Patientin,  
um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und alle Details zu beachten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Arztgespräch nach bestem Wissen zu beantworten. Es hilft die Ursachen der Beschwerden strukturiert abzuklären.

Bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Erstgesprächstermin mit.

Vielen Dank.

Ihr Team aus dem Endometriosezentrum

**Ärztlicher Direktor**  
Prof. Dr. med. W. Janni  
Prittwitzstraße 43  
89075 Ulm

Zertifiziertes Endometriosezentrum  
Leiter Endometriosezentrum  
Dr. med. D. Dayan

**Patientenaufkleber**

Name: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_  
Vorstellungsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_

1. Behandelnder Frauenarzt: \_\_\_\_\_
2. Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen:

3. Vorstellungsgrund :
  - Schmerzen, wenn ja seit wann ? : \_\_\_\_\_
  - unerfüllter Kinderwunsch, wenn ja seit wann ? : \_\_\_\_\_
  - auffällige(r) Befund(e) ? : \_\_\_\_\_
4. Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_
5. Schulabschluss: \_\_\_\_\_
6. Vorerkrankungen ?:
  - Ja, welche ? : \_\_\_\_\_
  - Nein
7. Medikamente: \_\_\_\_\_
8. Gerinnungsstörungen ?:
  - Ja                       Nein

9. Voroperationen ?:

- Ja, welche ? : \_\_\_\_\_
- Nein

10. Allergien/Unverträglichkeiten ?:

- Ja, welche ? : \_\_\_\_\_
- Nein

11. Rauchen Sie?

- Ja, wie viele Zigaretten pro Tag ? : \_\_\_\_\_
- Nein

12. Waren Sie schon einmal schwanger ?

- Ja, wie oft ? : \_\_\_\_\_
- Wie haben Sie Ihr Kind entbunden? : \_\_\_\_\_
- Wie alt waren Sie bei der ersten Schwangerschaft ? : \_\_\_\_\_ Jahre alt
- Wie viele Kinder haben Sie ? : \_\_\_\_\_
- Nein

13. Haben Sie Schwestern bzw. Töchter, bei denen Endometriose festgestellt wurde?

- Ja, wenn ja wer ? : \_\_\_\_\_
- Nein

14. Hat jemand in Ihrer Familie Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs?

- Ja, wenn ja wer ? : \_\_\_\_\_
- Nein

### Periodenanamnese:

15. Wie alt waren Sie als Sie Ihre erste Periode bekommen haben ? : \_\_\_\_\_

16. Wann war der erste Zyklustag Ihrer letzten Periode ? : \_\_\_\_\_

17. Ist Ihre Periode regelmäßig?

- Ja: \_\_\_\_\_ Tage
- Nein.

18. Wie lange dauert Ihre Periodenblutung? \_\_\_\_\_ Tage

19. Wie stark ist Ihre Periodenblutung:

- schwach                       mittel                       stark

20. Haben Sie jemals Hormone eingenommen (z. B. Pille)?

- Ja, welche ? : \_\_\_\_\_
- Nein.

21. Nehmen Sie aktuell Hormone ein?

- Ja, welche?: \_\_\_\_\_
- Nein.

**Periodenschmerzen (Dysmenorrhoe):**

22. Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung?

- Ja, wie stark sind die Schmerzen von 0 bis 10 (10 sehr stark)?: \_\_\_\_\_
- Nein.

23. Wenn ja, wann treten die Schmerzen auf?

- vor der Periode, wie viele Tage davor?: \_\_\_\_\_ Tage
- während der Periode, wie viele Tage?: \_\_\_\_\_ Tage
- nach der Periode, wie viele Tage?: \_\_\_\_\_ Tage

24. Strahlen die Schmerzen aus?

- Ja, wohin?: \_\_\_\_\_
- Nein

25. Seit wann ist die Periode schmerzhaft? Monat/Jahr \_\_\_\_\_

26. Wie viele Tage im Monat haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

27. Wie viele Tage davon sind Sie dadurch in Ihrem Alltag stark beeinträchtigt? \_\_\_\_\_ Tage

28. Wie viele Tage davon müssen Sie im Bett bleiben oder gehen nicht zur Arbeit? \_\_\_\_\_ Tage

29. Nehmen Sie Medikamente gegen die Periodenschmerzen?:

- Schmerzmittel (welches und wie oft?): \_\_\_\_\_
- Hormone, wenn ja welche?: \_\_\_\_\_
- Homöopathie, wenn ja was?: \_\_\_\_\_
- Psychosomatik
- Physiotherapie
- Osteopathie
- Reha
- Akkupunktur
- Nein

### Kinderwunsch:

30. Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?

- Ja, seit wann?: \_\_\_\_\_
- Nein.

31. Waren Sie schon in einem Kinderwunschzentrum in Behandlung?

- Ja, wo?: \_\_\_\_\_
- Nein.

32. Wurde bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung durchgeführt?

- Ja, wie oft und wann?: \_\_\_\_\_
- Nein.

33. Wurden Sie zur Abklärung deshalb schon einmal operiert? \_\_\_\_\_

### Endometriose Anamnese:

34. Wurde bei Ihnen bereits eine Endometriose diagnostiziert?

- Ja, wann und wie?: \_\_\_\_\_
- Nein.

35. Sind Sie schon einmal aufgrund einer Endometriose oder bei Verdacht auf Endometriose operiert worden?

- Ja, wann und wo?: \_\_\_\_\_
- Nein.

36. Wenn ja wie oft wurden Sie bereits operiert?: \_\_\_\_\_

37. Welche Operation wurde durchgeführt? -Op.-Bericht \_\_\_\_\_

38. Leiden Sie unter chronischen Bauchschmerzen?

- Ja, wie stark sind die Schmerzen von 0 bis 10 (10 sehr stark)?: \_\_\_\_\_
- Nein

39. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

- Ja, wie stark sind die Schmerzen von 0 bis 10 (10 sehr stark)?: \_\_\_\_\_
- Nein

40. Wann haben Sie die Schmerzen genau beim Geschlechtsverkehr?

- Beim Eindringen
- In der tiefen Penetration

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

- Ja, seit wann?: \_\_\_\_\_
- Nein

42. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

- Ja, wie stark sind die Schmerzen von 0 bis 10 (10 sehr stark)?: \_\_\_\_\_
- Nein

43. Haben Sie eine periodenabhängige Blutung beim Wasserlassen?:

- Ja
- Nein

44. Wenn ja, wann haben Sie die Blutung beim Wasserlassen?:

- vor der Periode
- während der Periode
- nach der Periode

45. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

- Ja, wie stark sind die Schmerzen von 0 bis 10 (10 sehr stark)?: \_\_\_\_\_
- Nein

46. Leiden Sie unter periodenabhängigen Darmbeschwerden?

- Ja, welche?: \_\_\_\_\_
- Nein

47. Haben Sie eine Blutung beim Stuhlgang?

- Ja
- Nein

48. Wenn ja, wann haben Sie die Blutung?

- vor der Periode
- während der Periode
- nach der Periode

### Notwendige Unterlagen:

- Versichertenkarte
- Aktueller Überweisungsschein von Ihrem Gynäkologen
- Falls vorhanden: Arztbriefe, OP-Berichte, MRT Becken (CD und Befund) etc. ...

Für Ihre Mühe bedankt sich

Ihr Team aus dem Endometriosezentrum