



Anamnesebogen Erstvorstellung bei Endometriose

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und alle Details zu beachten, würden wir Sie gerne bitten, 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 Endometriose Zentrum.

[Zertifiziertes Endometriose Zentrum](#)
Leiter Endometriose Zentrum
Dr. Dr. med. P. Widschwendter

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorstellungsdatum _____

- Vorstellungsgrund: Schmerzen unerfüllter Kinderwunsch
auffälliger Befund
- Schulabschluss: _____
- Berufliche Tätigkeit: _____
- Verheiratet? Ja nein
- Andere Erkrankungen: _____
- Erstdiagnose Endometriose: _____
- Migräne? Ja nein
- Fibromyalgie? Ja nein
- Reizdarmsyndrom? Ja nein
- Allergien? Ja nein
wenn ja, welche? : _____

11. Unverträglichkeiten? Ja nein
wenn ja, welche? _____

Sind Sie schon einmal wegen Endometriose oder bei Verdacht auf Endometriose operiert worden? Ja nein

Wenn ja, wann und was wurde gemacht?

Hatten Sie schon andere Operationen im Bauch? Ja nein
Wenn ja, wann und was wurde gemacht?

Haben Sie Töchter?

Ja nein

Haben Sie Schwestern?

Ja nein

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

Ja nein

Gibt es in Ihrer Familie (erstgradige Verwandte) die ebenfalls unter einer Endometriose leiden?

Ja nein wenn ja, wie viele? _____

Gibt es in Ihrer Familie (erstgradige Verwandte) mit Eierstocks- oder Gebärmutterkrebs?

Ja nein wenn ja, wer? _____

Wie wurde bisher die Endometriose therapiert?

- OP
- Schmerzmittel
- Hormone
- Traditionelle chinesische Medizin
- Homöopathie
- Psychosomatik
- Physiotherapie
- Osteopathie
- Reha
- Akkupunktur

Wie groß und wie schwer sind sie?

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Geschlechtsverkehr wegen den Schmerzen vermieden?

Ja nein

Wie alt waren Sie bei Ihrer aller ersten Periodenblutung? _____

Wann war der erste Zyklustag Ihrer letzten Periode? _____

Ist Ihre Periode regelmäßig? Ja nein

Wie viel Tage hat Ihr Zyklus? _____

Wie lange Dauert Ihre Periodenblutung? _____

Haben Sie jemals Hormone eingenommen (Pille)? Ja nein

Nehmen Sie aktuell die Pille? Ja nein

Waren Sie schon in einem Kinderwunschzentrum in Behandlung? Ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung durchgeführt? Ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja nein

Wenn ja, Monat/Jahr der Geburt, Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht des Kindes, Geschlecht, gestillt:

Haben Sie schmerzen bei der Periodenblutung? Ja nein

Wie stark sind die Schmerzen? 0-10 (10 sehr stark) _____

Vor/ während oder nach der Periode? _____

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Ja nein

Wie stark sind die Schmerzen? 0-10 (10 sehr stark) _____

Vor/während oder nach der Periode? _____

Schmerzen beim Wasser lassen? Ja nein

Wie stark sind die Schmerzen? 0-10 (10 sehr stark) _____

Vor/während oder nach der Periode? _____

Schmerzen beim Stuhlgang? Ja nein

Wie stark sind die Schmerzen? 0-10 (10 sehr stark) _____

Vor/während oder nach der Periode? _____

Seit wann bestehen die Schmerzen? Monat/Jahr _____

Wie viele Tage im Monat haben Sie schmerzen? _____

Wie viele Tage davon sind Sie dadurch stark beeinträchtigt in Ihrem Alltag? _____

Wie viele Tage davon müssen Sie im Bett bleiben oder gehen nicht zur Arbeit? _____

Benötigte Unterlagen:

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

Vielen Dank.

Ihr Team aus dem Endometriose Zentrum