

Wiener Gesundheitsverbund  
Klinik Floridsdorf Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Ayman Tammaa  
1210 Wien, Brünner Straße 68  
Tel: +43 1 277 00 4700  
kfl.gyn@gesundheitsverbund.at

## Fragebogen „Endometriose – Spezialambulanz“

Liebe Patientin,

wir sind bemüht, die Abläufe in unserer Ambulanz zu optimieren, um Ihre Wartezeit möglichst kurz zu halten. Wir bitten Sie daher, nachstehende Fragen nach Möglichkeit bereits vor Ihrem Termin zu beantworten. Sie unterstützen uns damit auch bei der Diagnostik zum Thema Endometriose.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden entsprechend vertraulich behandelt.

Größe (cm)	
Gewicht (kg)	
Alter (Jahre)	

Zyklusverhalten	
Abstände zwischen den Regelblutungen (z.B. 28–30 Tage)	
Dauer einer Regelblutung (Anzahl der Tage)	
Haben Sie eine starke oder verlängerte Regelblutung? (Ja/Nein)	
Wann hatten Sie Ihre 1. Regelblutung? (Alter; z.B. mit 13 Jahren)	
Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Regel? (Datum; z.B. 01.01.2023)	

Anzahl der Schwangerschaften	
Anzahl der Geburten	

Verwenden Sie derzeit eine hormonelle Verhütungsmethode? (Pille, Pflaster, Vaginalring, Hormonspirale, Hormonstäbchen, 3-Monatsspritze?)	
Wenn ja: Welche? Seit wann?	

Versuchen Sie gerade schwanger zu werden? (Ja/Nein)	
--	--

Wenn ja:

- Seit wann? \_\_\_\_\_
- Gibt es ein aktuelles Spermogramm des Partners? Ja / Nein
- Wurden bereits Kinderwunschbehandlungen durchgeführt? Ja / Nein

Wenn ja

- ✓ Welche? \_\_\_\_\_
- ✓ Wann? \_\_\_\_\_

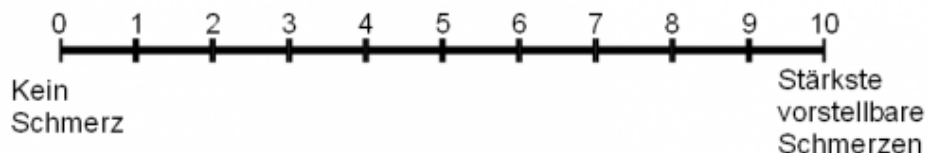
Wenn nein:

ist die Familienplanung bei Ihnen komplett abgeschlossen? Ja / Nein

Haben Sie Schmerzen während der Regelblutung? (Ja/Nein)	
--	--

Wenn ja:

- Intensität der Schmerzen auf einer Skala von 1-10



- Seit wann? \_\_\_\_\_
- Beginn der Schmerzen? (in Bezug auf die Regelblutung) vor / mit / nach der Regel \_\_\_\_\_
- Anzahl Schmerztage pro Monat: \_\_\_\_\_
- Schmerzmitteleinnahme notwendig? Ja / Nein

Haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs? (Ja/Nein)	
--	--

– wenn ja:

- Wie stark? (siehe oben: 1–10) \_\_\_\_\_
- Seit wann? \_\_\_\_\_
- Wo? äußerlich / tief in der Scheide
- Stellungsabhängig? Ja / Nein
- Wird Geschlechtsverkehr vermieden? Ja / Nein

Haben Sie zyklusabhängige Beschwerden bei der Entleerung der Harnblase? (Ja/Nein)	
---	--

– wenn ja: welche?

- Schmerzen? Ja / Nein
- Blut im Urin? Ja / Nein
- häufigen Harndrang? Ja / Nein

Haben Sie zyklusabhängige Beschwerden beim Stuhlgang?	Ja / Nein
---	-----------

– wenn ja: welche?

- Schmerzen beim Stuhlabsetzen? Ja / Nein
- Blut im Stuhl? Ja / Nein
- Durchfall? Ja / Nein
- Verstopfung? Ja / Nein

Haben Sie Rückenschmerzen während der Regelblutung?	Ja / Nein
---	-----------

– wenn ja:

- Ausstrahlung in die Beine? Ja / Nein

Haben Sie weitere Symptome oder Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung?

Ja / Nein

– wenn ja: welche:

Haben Sie Schmerzen außerhalb der Regelblutung?

Ja / Nein

– wenn ja: welche:

Haben Sie in der Vergangenheit hormonelle Verhütungsmethoden angewendet?

Ja / Nein

– wenn ja:

▪ welche?

▪ kam es darunter zu einer Verbesserung der Beschwerden?

Ja / Nein

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

Ja / Nein

– wenn ja: Welche? Wann? In welchem Krankenhaus?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Ja / Nein

– wenn ja: welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja / Nein

– wenn ja: welche?

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Ja / Nein

– wenn ja: welche?

Familienvorgeschichte

- Endometriose oder Regelbeschwerden bei Mutter/Verwandten? Ja / Nein
- Brust- oder Eierstockkrebs in der Familie? Ja / Nein