



## Internationales Endometriose Evaluations Programm 1

Prospektive Beobachtungsstudie zur Beurteilung klinischer, epidemiologischer und molekularer Marker für das Endometrioserisiko  
– eine Studie für Kliniker, Forscher und Patientinnen

### Fragebogen

Bitte füllen Sie beim ersten Ausfüllen alle Fragen aus.

Sollten Sie den Bogen nach einiger Zeit erneut ausfüllen, so sind nur Änderungen seit der letzten Vorstellung relevant.

**Patientinnenaufkleber**

**HEUTIGES Datum**

**Kontaktdaten**

E-Mail Adresse:

---

Telefonnummer:

---

# 0. Allgemeine Informationen

---

## **Hauptgrund der heutigen Vorstellung**

(bitte nur EINE Möglichkeit auswählen)

- Schmerzen
  - Kinderwunsch/ Sterilität
  - Andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen
  - Diagnostischer Befund mit V.a. Endometriose  
(z.B. auffälliger Ultraschall)
  - Operation aus anderen Gründen als Endometriose  
(z.B. Myome, Adhäsionen, Sterilisierung)
  - Kontrolle/ Nachsorge (keine Beschwerden)
  - Unbekannt
- 

## **Weitere Gründe der Vorstellung**

(ggf. MEHRERE Möglichkeiten auswählen)

- Schmerzen
  - Kinderwunsch/ Sterilität
  - Andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen
  - Diagnostischer Befund mit V.a. Endometriose
  - Operation aus anderen Gründen als Endometriose  
(z.B. Myome, Adhäsionen, Sterilisierung)
  - Kontrolle/ Nachsorge (keine Beschwerden)
  - Unbekannt
- 

## **Ethnischer Ursprung**

- Europa/ Kaukasisch/ Weiß
  - Lateinamerika
  - Afrika
  - Asien
  - Andere (incl. Kombinationen)
  - Unbekannt
- 

## **Höchster Grad der Ausbildung**

- Kein Abschluss
  - Hauptschule/ Volksschule
  - Mittlere Reife
  - Abitur
  - Ausbildung
  - Hochschulabschluss
  - Promotion
  - Habilitation
  - Unbekannt
- 

## **Aktuelles Beschäftigungsverhältnis**

- Vollzeit
  - Teilzeit
  - Berentet
  - Hausfrau
  - Student/ Schüler
  - Arbeitssuchend
  - Unbekannt
-

---

**Familienstand**

- |                                      |                                                               |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verheiratet | <input type="checkbox"/> In einer festen Partnerschaft        |
| <input type="checkbox"/> Geschieden  | <input type="checkbox"/> Single – aber frühere Partnerschaft  |
| <input type="checkbox"/> Verwitwet   | <input type="checkbox"/> Single – keine frühere Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt   |                                                               |
- 

## 1. Anamnese

---

**Ist bei Ihnen eine Erkrankung (ggf. außer Endometriose) bekannt bzw. seit der letzten Vorstellung diagnostiziert worden?**

- Nein    Ja    Unbekannt

**1. Falls Ja:** bitte genauer spezifizieren \_\_\_\_\_

Seit wann sind sie erkrankt: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Monat.Jahr)

**2. Falls Ja:** bitte genauer spezifizieren \_\_\_\_\_

Seit wann sind sie erkrankt: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Monat.Jahr)

**3. Falls Ja:** bitte genauer spezifizieren \_\_\_\_\_

Seit wann sind sie erkrankt: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Monat.Jahr)

**4. Falls Ja:** bitte genauer spezifizieren \_\_\_\_\_

Seit wann sind sie erkrankt: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Monat.Jahr)

---

**Ist bei Ihnen die Diagnose Endometriose jemals/ seit der letzten Vorstellung gestellt worden?**

- Nein    Ja    Unbekannt

**Falls Ja:** wann wurde die Diagnose gestellt?

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

**Wie ist die Endometriose festgestellt worden?**

- Histologisch: während der Operation Entnahme von Proben
- Makroskopisch: während der Operation mit dem Auge
- Anamnestisch: durch das Gespräch beim Arzt
- Unbekannt

**Falls Ja: War die Diagnose ein Zufallsbefund?**

- Nein    Ja    Unbekannt
-

---

**Wurde bei Ihnen jemals/ seit der letzten Vorstellung eine Migräne diagnostiziert?**

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, Jahr der Diagnose: \_\_\_\_\_

**Falls Ja, sind diese Kopfschmerzen menstruationsabhängig?**

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja, wann im Menstruationszyklus treten die Kopfschmerzen auf?**

- am Beginn des Menstruationszyklus/ während der Menstruationsblutung
  - in der Mitte des Menstruationszyklus
  - am Ende des Menstruationszyklus
- 

**Wurde bei Ihnen jemals/ seit der letzten Vorstellung eine Fibromyalgie diagnostiziert?**

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, Jahr der Diagnose: \_\_\_\_\_

**Falls Ja, sind diese Beschwerden menstruationsabhängig?**

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja, wann im Menstruationszyklus treten die Beschwerden auf?**

- am Beginn des Menstruationszyklus/ während der Menstruationsblutung
  - in der Mitte des Menstruationszyklus
  - am Ende des Menstruationszyklus
- 

**Wurde bei Ihnen jemals/ seit der letzten Vorstellung ein Reizdarm – Syndrom diagnostiziert?**

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, Jahr der Diagnose: \_\_\_\_\_

**Falls Ja, sind diese Beschwerden menstruationsabhängig?**

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja, wann im Menstruationszyklus treten die Darmprobleme auf?**

- am Beginn des Menstruationszyklus/ während der Menstruationsblutung
  - in der Mitte des Menstruationszyklus
  - am Ende des Menstruationszyklus
-

---

Sind bei Ihnen von einem Arzt diagnostizierte  
Allergien bekannt?

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, bitte nähere Angaben:

**Nahrungsmittelallergie**

Nein  Ja  Unbekannt

**Pollen**

Nein  Ja  Unbekannt

**Hausstaub**

Nein  Ja  Unbekannt

**Tierhaar**

Nein  Ja  Unbekannt

**Penicillin**

Nein  Ja  Unbekannt

**Latex**

Nein  Ja  Unbekannt

**Andere**

Nein  Ja  Unbekannt

Bitte Beschreiben sie „Andere“ \_\_\_\_\_

---

Sind bei Ihnen von einem Arzt diagnostizierte  
Unverträglichkeiten bekannt?

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, bitte nähere Angaben:

**Zöliakie**

Nein  Ja  Unbekannt

**Laktose-/ Milchzuckerintoleranz**

Nein  Ja  Unbekannt

**Fruktose-/ Fruchtzuckerintoleranz**

Nein  Ja  Unbekannt

**Sorbitintoleranz**

Nein  Ja  Unbekannt

**Glutenunverträglichkeit**

Nein  Ja  Unbekannt

**Histaminintoleranz**

Nein  Ja  Unbekannt

**Salicylatintoleranz**

Nein  Ja  Unbekannt

**Andere**

Nein  Ja  Unbekannt

Bitte Beschreiben sie „Andere“ \_\_\_\_\_

---

Wurde bei Ihnen jemals/ mittlerweile  
eine Gebärmutterentfernung  
durchgeführt?

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja:** wann wurde die Operation durchgeführt?

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

---

Wurde bei Ihnen jemals/ mittlerweile  
eine Eierstockentfernung durchgeführt?

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja,**

- links, auf einer Seite
- rechts, auf einer Seite
- Ja, auf einer Seite, welche ist unbekannt
- Ja, auf beiden Seiten

**Falls Ja:** wann wurde die Operation durchgeführt?

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

---

Wurde bei Ihnen jemals/ mittlerweile eine Durchtrennung der Eileiter/ eine Tubenligatur durchgeführt?

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja:** wann wurde die Operation durchgeführt?

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

Wurden bei Ihnen jemals/ mittlerweile andere Bauchoperationen (außer Operationen wegen Endometriose) durchgeführt?

Nein  Ja  Unbekannt

Wurde bei Ihnen jemals/ seit ihrer letzten Vorstellung eine Operation wegen Endometriose durchgeführt?

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Nein, dann Fragebogen bitte auf Seite 11 fortsetzen!**

## Falls Ja, 1. Operation:

### S.1 Allgemeine Informationen

S.1.1 Datum der Operation \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

S.1.2 Welche Art von Operation wurde durchgeführt?

Laparoskopie/ Bauchspiegelung  Sonstiges

Laparotomie/ Bauchschnitt \_\_\_\_\_

Laparoskopie und Laparotomie  Unbekannt

S.1.3 Was war der Hauptgrund für die Operation

Schmerzen

Myom an der Gebärmutter

Kinderwunsch

Infektion (einschl.

Sterilisation

Blinddarmentzündung)

Befund am Eierstock

Sonstiges \_\_\_\_\_

Unbekannt

### S.2 Operation

Wurde Endometriose während dieser Operation diagnostiziert?

Nein  Ja  Unbekannt

Falls Ja, wie wurde die Diagnose gestellt?

○ Makroskopisch (während der Operation mit dem Auge)

○ Histologisch (Entnahme von Gewebeprobe(n))

○ Makroskopisch und Histologisch

○ Keine Angabe

Endometriose wird in Stadien eingeteilt. Vielleicht sind diese Ihnen bekannt. Falls ja, wissen Sie welches AFS/ rASRM Stadium bei der Operation vorlag? \_\_\_\_\_ (Stadium I-IV möglich)  
 Unbekannt

Tief infiltrierende Endometriose, d.h. Endometriose die Organe und Gewebe durchdringt, wird nach der Enzian Klassifikation eingeteilt. Wissen Sie, ob bei Ihnen eine tief infiltrierende Endometriose diagnostiziert wurde?  Nein  Ja  Unbekannt

Vielleicht wissen Sie auch, wie die Enzian Klassifikation lautete? A\_\_\_ B\_\_\_ C\_\_\_ FA FB FU FI FO Unbekannt

Falls Endometriose bei dieser Operation gesehen wurde:  Die Endometriose ist vollständig entfernt worden  
 Die Endometriose ist teilweise entfernt worden  
 Die Endometriose ist nicht entfernt worden  
 Ich weiß nicht, was bei der Operation genau durchgeführt wurde

### S.3 Nebenbefunde

Wurden bei dieser Operation andere Diagnosen gestellt? (mehrere Auswahlmöglichkeiten)  Dermoidzyste  
 Gutartige Zyste am Eierstock, KEINE Endometriosezyste  
 Syndrom der Polyzystischen Ovarien (PCO-Syndrom)  
 Myome an der Gebärmutter  
 Saktosalpinx (Flüssigkeit im Eileiter)  
 Eierstockkrebs  
 Adhäsionen/ Verwachsungen  
 Andere \_\_\_\_\_

Wurde eine Chromopertubation/ eine Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter durchgeführt?  Nein  Ja  Unbekannt  
**Falls Ja:**  
 Eileiter sind durchgängig auf beiden Seiten  
 Eileiter haben KEINE Durchgängigkeit  
 Eileiter ist durchgängig auf der linken Seite  
 Eileiter ist durchgängig auf der rechten Seite

### S.4 Histologie

Wurde eine Histologie/ Entnahme von Gewebe durchgeführt?  Nein  Ja  Unbekannt

Wurde eine Adenomyosis/ Endometriose in der Gebärmuttermuskulatur diagnostiziert?  Nein  Ja  Unbekannt  
**Falls ja:**  
 Makroskopisch (per Operation mit dem Auge)

- Histologisch (Probenentnahme)
- Makroskopisch und Histologisch

**Falls Ja, 2. Operation:**

**S.1 Allgemeine Informationen**

S.1.1 Datum der Operation     \_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

S.1.2 Welche Art von Operation wurde durchgeführt?      Laparoskopie/ Bauchspiegelung      Sonstiges  
 Laparotomie/ Bauchschnitt     \_\_\_\_\_  
 Laparoskopie und Laparotomie      Unbekannt

S.1.3 Was war der Hauptgrund für die Operation      Schmerzen      Myom an der Gebärmutter  
 Kinderwunsch      Infektion (einschl. Blinddarmentzündung)  
 Sterilisation  
 Befund am Eierstock      Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Unbekannt

**S.2 Operation**

Wurde Endometriose während dieser Operation diagnostiziert?      Nein      Ja      Unbekannt  
Falls Ja, wie wurde die Diagnose gestellt?  

- Makroskopisch (während der Operation mit dem Auge)
- Histologisch (Entnahme von Gewebeproben)
- Makroskopisch und Histologisch
- Keine Angabe

Endometriose wird in Stadien eingeteilt. Vielleicht sind diese Ihnen bekannt. Falls ja, wissen Sie welches AFS/ rASRM Stadium bei der Operation vorlag?     \_\_\_\_\_ (Stadium I-IV möglich)  
 Unbekannt

Tief infiltrierende Endometriose, d.h. Endometriose die Organe und Gewebe durchdringt, wird nach der Enzian Klassifikation eingeteilt. Wissen Sie, ob bei Ihnen eine tief infiltrierende Endometriose diagnostiziert wurde?      Nein      Ja      Unbekannt

Vielleicht wissen Sie auch, wie die Enzian Klassifikation lautete?     A\_\_\_ B\_\_\_ C\_\_\_ FA FB FU FI FO Unbekannt

Falls Endometriose bei dieser Operation gesehen wurde:      Die Endometriose ist vollständig entfernt worden  
 Die Endometriose ist teilweise entfernt worden  
 Die Endometriose ist nicht entfernt worden  
 Ich weiß nicht, was bei der Operation genau durchgeführt wurde

**S.3 Nebenfunde**



Wurden bei dieser Operation  
andere Diagnosen gestellt?  
(mehrere Auswahlmöglichkeiten)

- Dermoidzyste
- Gutartige Zyste am Eierstock, KEINE Endometriosezyste
- Syndrom der Polyzystischen Ovarien (PCO-Syndrom)
- Myome an der Gebärmutter
- Saktosalpinx (Flüssigkeit im Eileiter)
- Eierstockkrebs
- Adhäsionen/ Verwachsungen
- Andere \_\_\_\_\_

Wurde eine Chromopertubation/  
eine Durchgängigkeitsprüfung der  
Eileiter durchgeführt?

- Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja:**

- Eileiter sind durchgängig auf beiden Seiten
- Eileiter haben KEINE Durchgängigkeit
- Eileiter ist durchgängig auf der linken Seite
- Eileiter ist durchgängig auf der rechten Seite

#### S.4 Histologie

Wurde eine Histologie/ Entnahme von  
Gewebe durchgeführt?

- Nein  Ja  Unbekannt

Wurde eine Adenomyosis/  
Endometriose in der  
Gebärmuttermuskulatur diagnostiziert?

- Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja:**

- Makroskopisch (per Operation mit dem Auge)
- Histologisch (Probenentnahme)
- Makroskopisch und Histologisch

### Falls Ja, 3. Operation:

#### S.1 Allgemeine Informationen

S.1.1 Datum der Operation \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Tag.Monat.Jahr)

S.1.2 Welche Art von Operation  
wurde durchgeführt?

- Laparoskopie/ Bauchspiegelung  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Laparotomie/ Bauchschnitt \_\_\_\_\_
- Laparoskopie und Laparotomie  Unbekannt

S.1.3 Was war der Hauptgrund  
für die Operation

- Schmerzen  Myom an der Gebärmutter
- Kinderwunsch  Infektion (einschl. Blinddarmentzündung)
- Sterilisation  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Befund am Eierstock  Unbekannt

## S.2 Operation

Wurde Endometriose während  Nein  Ja  Unbekannt

dieser Operation diagnostiziert? Falls Ja, wie wurde die Diagnose gestellt?

- Makroskopisch (während der Operation mit dem Auge)
- Histologisch (Entnahme von Gewebeproben)
- Makroskopisch und Histologisch
- Keine Angabe

Endometriose wird in Stadien eingeteilt. Vielleicht sind diese Ihnen \_\_\_\_\_ (Stadium I-IV möglich)  
bekannt. Falls ja, wissen Sie welches AFS/rASRM Stadium bei der  
Operation vorlag?  Unbekannt

Tief infiltrierende Endometriose, d.h. Endometriose die Organe und  Nein  Ja  Unbekannt  
Gewebe durchdringt, wird nach der Enzian Klassifikation eingeteilt.  
Wissen Sie, ob bei Ihnen eine tief infiltrierende Endometriose  
diagnostiziert wurde?

Vielleicht wissen Sie auch, wie die A\_\_\_ B\_\_\_ C\_\_\_  FA  FB  FU  FI  FO  Unbekannt  
Enzian Klassifikation lautete?

Falls Endometriose bei dieser  Die Endometriose ist vollständig entfernt worden  
Operation gesehen wurde:  Die Endometriose ist teilweise entfernt worden  
 Die Endometriose ist nicht entfernt worden  
 Ich weiß nicht, was bei der Operation genau durchgeführt wurde

## S.3 Nebenbefunde

Wurden bei dieser Operation  Dermoidzyste  
andere Diagnosen gestellt?  Gutartige Zyste am Eierstock, KEINE Endometriosezyste  
(mehrere Auswahlmöglichkeiten)  Syndrom der Polyzystischen Ovarien (PCO-Syndrom)  
 Myome an der Gebärmutter  
 Saktosalpinx (Flüssigkeit im Eileiter)  
 Eierstockkrebs  
 Adhäsionen/ Verwachsungen  
 Andere \_\_\_\_\_

Wurde eine Chromopertubation/  Nein  Ja  Unbekannt  
eine Durchgängigkeitsprüfung der

Eileiter durchgeführt?

### Falls Ja:

- Eileiter sind durchgängig auf beiden Seiten
- Eileiter haben KEINE Durchgängigkeit
- Eileiter ist durchgängig auf der linken Seite
- Eileiter ist durchgängig auf der rechten Seite

#### S.4 Histologie

Wurde eine Histologie/ Entnahme von Gewebe durchgeführt?  Nein  Ja  Unbekannt

Wurde eine Adenomyosis/ Endometriose in der Gebärmuttermuskulatur diagnostiziert?  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja:**

- Makroskopisch (per Operation mit dem Auge)
- Histologisch (Probenentnahme)
- Makroskopisch und Histologisch

**Bei weiteren Operationen wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin/ Ihren Arzt für einen weiteren Fragebogen!**

**Wie viele Erstlinienverwandte haben sie:** Anzahl an Schwestern: \_\_\_\_  Unbekannt  
Anzahl an Töchtern: \_\_\_\_  Unbekannt

**Gibt es in der Familie bei den Erstlinienverwandten Fälle von Endometriose, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs?**  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja: Anzahl an Erstlinienverwandten (Schwestern, Töchter, Mutter) mit folgenden Erkrankungen:**

Endometriose: \_\_\_\_\_  unbekannt

Gebärmutterkrebs: \_\_\_\_\_  unbekannt

Eierstockkrebs: \_\_\_\_\_  unbekannt

## Die beiden nächsten Fragen bitte nur beantworten, falls eine Endometriose diagnostiziert wurde.

Die folgenden beiden Angaben beziehen sich sowohl auf die Vergangenheit, als auch auf den aktuellen Zustand.

---

Welche der genannten Medikamente nehmen/ nahmen sie ein bzw. verwenden/ verwendeten sie wegen Endometriose?

- |                                    |                          |      |                          |    |                          |           |
|------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|-----------|
| Schmerzmedikamente                 | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| „Pille“/ Vaginalring               | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Hormonspirale/ Mirena®             | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| GnRH Analoga (Enantone®, Zoladex®) | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Traditionelle Chinesische Medizin  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Homöopathie                        | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| andere Medikamente                 | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |

**Falls Ja:**

Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Grund der Einnahme: \_\_\_\_\_

---

Welche der genannten Maßnahmen verwenden/ verwendeten sie wegen Endometriose?

- |                                     |                          |      |                          |    |                          |           |
|-------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|-----------|
| Psychosomatische Therapie           | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Physiotherapie                      | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Osteopathie                         | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Rehabilitation                      | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Akupunktur                          | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |
| Andere nicht medikamentöse Therapie | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Unbekannt |

**Falls Ja:**

Andere Maßnahme: \_\_\_\_\_

## 2. Lifestyle, Schwangerschaft und Geburt

### Ernährung

Wie oft essen sie Obst und Gemüse?  Niemals  Beinahe täglich/ täglich  
 1-2 mal pro Monat  Unbekannt  
 1-2 mal pro Woche

Wie oft essen sie Schweinefleisch oder Rindfleisch (rotes Fleisch)?  Niemals  Beinahe täglich/ täglich  
 1-2 mal pro Monat  Unbekannt  
 1-2 mal pro Woche

Wie oft essen sie Hühnchen oder Fisch (weißes Fleisch)?  Niemals  Beinahe täglich/ täglich  
 1-2 mal pro Monat  Unbekannt  
 1-2 mal pro Woche

Haben Sie Verdauungsprobleme?  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja, bitte spezifizieren sie näher:**

Verstopfung/ Obstipation  Nein  Ja  Unbekannt

Blähungen  Nein  Ja  Unbekannt

Sodbrennen  Nein  Ja  Unbekannt

Zu flüssigen Stuhlgang  Nein  Ja  Unbekannt

Zu häufige Stuhlentleerungen  Nein  Ja  Unbekannt

Andere Verdauungsprobleme  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls „Andere Verdauungsprobleme“ Ja:**

Bitte spezifizieren Sie: \_\_\_\_\_

### Body-Mass-Index

Wie ist ihr aktuelles Gewicht? \_\_\_\_\_ kg  unbekannt

Wie ist ihre Körpergröße? \_\_\_\_\_ cm  unbekannt

### Körperliche Aktivität

Wie viele Stunden pro Woche waren Sie in den letzten 3 Monaten körperlich aktiv? \_\_\_\_\_ Stunden  unbekannt

Wie viele Stunden pro Woche waren Sie in den letzten 3 Monaten moderat körperlich aktiv? \_\_\_\_\_ Stunden  unbekannt

Wie viele Stunden pro Woche waren Sie in den letzten 3 Monaten stark körperlich aktiv? \_\_\_\_\_ Stunden  unbekannt

## Sexualität

Hatten sie Geschlechtsverkehr in den letzten 3 Monaten?  Nein  Ja  Unbekannt  Keine Angabe

Haben sie Geschlechtsverkehr wegen Schmerzen in den letzten 3 Monaten vermieden?  Nein  Ja  Unbekannt  Keine Angabe

## Menstruationsblutung

Alter der ersten Menstruationsblutung: \_\_\_\_\_ Jahre  unbekannt

Erster Tag der letzten Menstruationsblutung: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ist die Menstruationsblutung regelmäßig? (alle 25 – 35 Tage):  Nein  Ja  Unbekannt

Wie lange dauert ein Menstruationszyklus vom ersten Tag der einen Blutung bis zum ersten Tag der nächsten? \_\_\_\_\_ Tage  unbekannt

Wie viele Tage hält die Menstruationsblutung an? \_\_\_\_\_ Tage  unbekannt

Trat in den letzten 6 Monaten KEINE Menstruationsblutung auf?  Nein  Ja  Unbekannt

## Hormonelle Kontrazeption

Haben Sie jemals hormonelle Kontrazeptiva/ die Pille eingenommen?  Nein  Ja  Unbekannt

Nehmen Sie aktuell hormonelle Kontrazeptiva/ die Pille ein?  Nein  Ja  Unbekannt

## Kinderwunschbehandlung

**Haben sie jemals/ seit der letzten Vorstellung einen Arzt aufgesucht, weil sie Schwierigkeiten hatten, schwanger zu werden?**

- Nein  Ja  Unbekannt  
 Keine Angabe, da bisher nicht versucht schwanger zu werden

**Falls Ja: Konnte Ihnen ein Arzt den Grund für den unerfüllten Kinderwunsch mitteilen?**

- Unerklärt, kein Grund gefunden  
 Männlicher Faktor  
 Hormonelle Gründe  
 Eileiter nicht durchgängig  
 Anatomische Gründe/ Anomalie der Gebärmutter  
 Reduzierte Eierstockreserve  
 Kein Eisprung  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals/ seit der letzten Vorstellung eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?**

- Nein  Ja  Unbekannt  
 Keine Angabe, da bisher nicht versucht schwanger zu werden

**Falls ja: Welche Methode wurde angewandt?**

- Insemination Jahr: \_\_\_\_\_  
 IVF/ ICSI Jahr: \_\_\_\_\_  
 Eizellspende Jahr: \_\_\_\_\_  
 Unbekannt Jahr: \_\_\_\_\_  
 Keine Angabe Jahr: \_\_\_\_\_

**Waren sie jemals/ seit der letzten Vorstellung schwanger gewesen?**

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

- Nein  Ja  Unbekannt

**Falls Ja:**

Insgesamt \_\_\_\_\_ Schwangerschaften

**Falls Ja:**

**Wann endete die 1. Schwangerschaft?**

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (Monat.Jahr)

**In welcher Schwangerschaftswoche endete die Schwangerschaft?**

\_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

**Bitte geben Sie das Geburtsgewicht in Gramm an.**

\_\_\_\_\_ g  Geburtsgewicht unbekannt

<b>Die Schwangerschaft endete mit einer...</b>	<input type="checkbox"/> Lebendgeburt	<input type="checkbox"/> kein Ende, aktuell schwanger
	<input type="checkbox"/> Totgeburt (ab der 25. SSW)	<input type="checkbox"/> Zwillingsgeburt
	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt (bis zur 24. SSW)	<input type="checkbox"/> Geburt von Drillingen oder mehreren Kindern
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Andere _____
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter	

<b>Falls die Schwangerschaft mit einer Tot- oder Lebendgeburt endete, bitten wir um nähere Angaben:</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Unbekannt
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

<b>Haben sie mindestens 2 Wochen nach der Geburt gestillt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Unbekannt
	<b>Falls ja, für wie viele Monate insgesamt?</b> _____ Monate		

<b>Falls Ja:</b>
------------------

<b>Wann endete die 2. Schwangerschaft?</b>	____.____ (Monat.Jahr)
--------------------------------------------	------------------------

<b>In welcher Schwangerschaftswoche endete die Schwangerschaft?</b>	_____ Schwangerschaftswoche
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------

<b>Bitte geben Sie das Geburtsgewicht in Gramm an.</b>	_____ g	<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht unbekannt
--------------------------------------------------------	---------	---------------------------------------------------

<b>Die Schwangerschaft endete mit einer...</b>	<input type="checkbox"/> Lebendgeburt	<input type="checkbox"/> kein Ende, aktuell schwanger
	<input type="checkbox"/> Totgeburt (ab der 25. SSW)	<input type="checkbox"/> Zwillingsgeburt
	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt (bis zur 24. SSW)	<input type="checkbox"/> Geburt von Drillingen oder mehreren Kindern
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Andere _____
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter	

<b>Falls die Schwangerschaft mit einer Tot- oder Lebendgeburt endete, bitten wir um nähere Angaben:</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Unbekannt
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

<b>Haben sie mindestens 2 Wochen nach der Geburt gestillt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Unbekannt
	<b>Falls ja, für wie viele Monate insgesamt?</b> _____ Monate		

<b>Falls Ja:</b>
------------------

<b>Wann endete die 3. Schwangerschaft?</b>	____.____ (Monat.Jahr)
--------------------------------------------	------------------------

<b>In welcher Schwangerschaftswoche endete die Schwangerschaft?</b>	_____ Schwangerschaftswoche
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------



**Bitte geben Sie das Geburtsgewicht in Gramm an.** \_\_\_\_\_ g  Geburtsgewicht unbekannt

---

**Die Schwangerschaft endete mit einer...**

<input type="checkbox"/> Lebendgeburt	<input type="checkbox"/> kein Ende, aktuell schwanger
<input type="checkbox"/> Totgeburt (ab der 25. SSW)	<input type="checkbox"/> Zwillingsgeburt
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt (bis zur 24. SSW)	<input type="checkbox"/> Geburt von Drillingen oder mehreren Kindern
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Andere _____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter	

---

**Falls die Schwangerschaft mit einer Tot- oder Lebendgeburt endete, bitten wir um nähere Angaben:**  Männlich  Weiblich  Unbekannt

---

**Haben sie mindestens 2 Wochen nach der Geburt gestillt?**  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, für wie viele Monate insgesamt?** \_\_\_\_\_ Monate

**Falls Ja:**

---

**Wann endete die 4. Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ (Monat.Jahr)

---

**In welcher Schwangerschaftswoche endete die Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

---

**Bitte geben Sie das Geburtsgewicht in Gramm an.** \_\_\_\_\_ g  Geburtsgewicht unbekannt

---

**Die Schwangerschaft endete mit einer...**

<input type="checkbox"/> Lebendgeburt	<input type="checkbox"/> kein Ende, aktuell schwanger
<input type="checkbox"/> Totgeburt (ab der 25. SSW)	<input type="checkbox"/> Zwillingsgeburt
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt (bis zur 24. SSW)	<input type="checkbox"/> Geburt von Drillingen oder mehreren Kindern
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Andere _____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter	

---

**Falls die Schwangerschaft mit einer Tot- oder Lebendgeburt endete, bitten wir um nähere Angaben:**  Männlich  Weiblich  Unbekannt

---

**Haben sie mindestens 2 Wochen nach der Geburt gestillt?**  Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, für wie viele Monate insgesamt?** \_\_\_\_\_ Monate

**Bei weiteren Schwangerschaften dokumentieren sie bitte hier:**

### 3. Körperliches Befinden

---

Hatten sie jemals oder früher  
Beschwerden im Unterleib?

- Beschwerden  
 Keine Beschwerden  
 Unbekannt
- 

Falls sie Beschwerden im Unterleib haben, bitten wir Sie, diese näher zu charakterisieren:

---

Litten Sie in den letzten 3 Monaten  
unter Unterbauchschmerzen?

- Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, wann haben sie die Beschwerden:**

- An den Tagen vor der Menstruationsblutung
- An den ersten Tagen der Menstruationsblutung
- Während der gesamten Menstruationsblutung
- Unabhängig von der Periode
- Unbekannt

Wenn Sie die maximalen Unterbauchschmerzen auf einer Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) beschreiben müssten: Wie stark würden Sie den Schmerz beschreiben?

\_\_\_\_\_ (bitte Wert von 0-10 eintragen)

---

Litten Sie in den letzten 3 Monaten  
unter Schmerzen beim  
Geschlechtsverkehr?

- Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, wann haben sie die Beschwerden:**

- An den Tagen vor der Menstruationsblutung
- An den ersten Tagen der Menstruationsblutung
- Während der gesamten Menstruationsblutung
- Unabhängig von der Periode
- Unbekannt

Wenn Sie die maximalen Unterbauchschmerzen auf einer Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) beschreiben müssten: Wie stark würden Sie den Schmerz beschreiben?

\_\_\_\_\_ (bitte Wert von 0-10 eintragen)

---

---

**Litten Sie in den letzten 3 Monaten unter Krämpfen/ Schmerzen beim Wasserlassen?**

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, wann haben sie die Beschwerden:**

- An den Tagen vor der Menstruationsblutung
- An den ersten Tagen der Menstruationsblutung
- Während der gesamten Menstruationsblutung
- Unabhängig von der Periode
- Unbekannt

Wenn Sie die maximalen Unterbauchschmerzen auf einer Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) beschreiben müssten: Wie stark würden Sie den Schmerz beschreiben?

\_\_\_\_\_ (bitte Wert von 0-10 eintragen)

---

**Litten Sie in den letzten 3 Monaten unter Schmerzen beim Stuhlgang?**

Nein  Ja  Unbekannt

**Falls ja, wann haben sie die Beschwerden:**

- An den Tagen vor der Menstruationsblutung
- An den ersten Tagen der Menstruationsblutung
- Während der gesamten Menstruationsblutung
- Unabhängig von der Periode
- Unbekannt

Wenn Sie die maximalen Unterbauchschmerzen auf einer Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) beschreiben müssten: Wie stark würden Sie den Schmerz beschreiben?

\_\_\_\_\_ (bitte Wert von 0-10 eintragen)

---

**Seit wann leiden sie unter diesen Beschwerden?**

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (Monat.Jahr)

**An wie vielen Tagen im Monat haben sie im Durchschnitt Beschwerden?**

\_\_\_\_\_ Tage

**Wie viele Tage im Monat sind sie im Durchschnitt in ihrer normalen Aktivität eingeschränkt?**

\_\_\_\_\_ Tage

**Wie viele Tage im Monat müssen sie im Durchschnitt im Bett verbringen?**

\_\_\_\_\_ Tage

---