

Anamnesebogen Wiedervorstellung Endometriose-Sprechstunde

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und möglichst viele Details Ihrer Krankengeschichte in die Beratung einfließen lassen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen mit Ihrer oder Ihrem Frauenarzt:in auszufüllen und durch diese/-n signieren und stempeln zu lassen.

Bitte übersenden Sie diesen Fragebogen ausschließlich per Mail an endometriose@charite.de.

Für eine optimale Bearbeitung der E-Mail Anfragen bitten wir Sie zudem den **E-Mail-Betreff** wie folgt zu formulieren: **Wiedervorstellung NAME, Vorname Geburtsdatum**.

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen mit:

- Überweisung von Ihrem Frauenarzt/Ihrer Frauenärztin
- Krankenkassenkarte
- Personalausweis
- vorhandene Befunde (Röntgenaufnahmen, Laborwerte, feingewebliche Untersuchung usw.), bitte möglichst auf digitalem Datenträger
- Allergiepass, Herzpass, Blutgruppenausweis, Notfallausweis usw.
- Arztbriefe (bitte möglichst auf digitalem Datenträger)
- Liste der aktuell eingenommenen Medikamente bzw. Bundesmedikationsplan

Wir weisen darauf hin, dass Routinekontrollen, wie z. B. jährliche Kontrolluntersuchungen bei bekannter Endometriose nicht angeboten werden können. Bitte konsultieren Sie Ihre oder Ihren Frauenarzt:in.

Herzlichen Dank.

Ihr Team aus dem Endometriosezentrum der Charité Universitätsmedizin Berlin

Name		Vorname
Geb. Datum	Alter	Tel. Nr.
E-Mail		Wohnort

Sind Sie bereits Patientin bei uns und benötigen einen Wiedervorstellungstermin?

Wann war die letzte Vorstellung?

Was trifft für Sie zu, was ist der aktuelle Vorstellungsgrund:

Befundbesprochen/ OP-Planung

Wiedervorstellung nach Operation

Kontrolle von Zyste(n) an den Eierstöcken

Kontrolle einer tief infiltrierenden Endometriose

Wiedervorstellung wegen neuer Beschwerden

Knoten in Scheide/Darm

Ureter

Zyste(n) an den Eierstöcken

Links

Rechts

Größe der Zyste(n)

Bauchdecke

Zweckfell

Andere

Es besteht unerfüllter Kinderwunsch

Wenn ja, Dauer des unerfüllten Kinderwunsches:

Sie hatten bereits eine Vorstellung in einem Kinderwunschzentrum seit Ihrem letzten Termin in der Sprechstunde mit folgendem Rat:

Die Endometriose wurde in der Charité diagnostiziert und in einem anderen Krankenhaus operiert

Datum der OP:

Name des
Krankenhauses/ der
Praxis:

Handelte es sich hierbei um ein
Endometriosezentrum?

Nein

Ja

Wenn ja, um welches?

Was wurde gemacht?:

Rein diagnostische Behandlung, eigentliche OP
steht noch aus

Komplette Entfernung

Sie benötigen **Beratung hinsichtlich des weiteren Vorgehens** und was Endometriose nun für Sie bedeutet

Aktuelle Beschwerden

Bitte geben Sie die Schmerzstärke von 0 (kein) bis 10 (schlimmster vorstellbarer Schmerz) auf der visuellen Analogskala (VAS) ein.

VAS

Mit Schmerzmittel

Mit Hormontherapie

Dysmenorrhoe

Zyklische UBS

Azyklische UBS

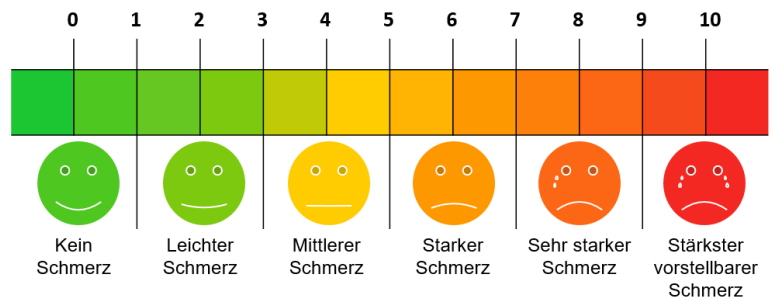
Dysurie

Dyschezie

Endobelly

Dyspareunie

(andere Schmerzen)



Für Ihre Mühe bedankt sich

Stempel und Unterschrift Frauenarzt/-ärztin

Ihr Endometriosezentrum der Charité Universitätsmedizin Berlin