

## Fragebogen zur Vorstellung in der Sprechstunde für Endometriose

Liebe Patientin,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen gemeinsam mit Ihrer Frauenärztin bzw. Ihrem Frauenarzt auszufüllen und durch diese/-n signieren und stempeln zu lassen. **Die Terminvereinbarung kann erst nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens erfolgen!**

**Übersenden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen:**

- per Post: Universitätsstraße 21/23, 91054 Erlangen
- per Fax: 09131 85-33545
- per E-Mail: **FK-Endometriose-Termin@uk-erlangen.de** mit dem E-Mail-Betreff: **Fragebogen Endometriose Sprechstunde**

### Patientinnendaten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

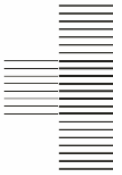
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Haben Sie unsere Sprechstunde in der Vergangenheit bereits besucht oder ist dies Ihr erster Besuch?**

- Erstvorstellung
- Wiedervorstellung

**Was ist der Grund für Ihre Vorstellung in unserer Sprechstunde?  
(Mehrfachauswahl möglich)**

- Bei Ihnen bestehen Beschwerden, die auf eine Endometriose hinweisen. Es konnte aber bisher **kein auffälliger Untersuchungsbefund** erhoben werden.
- Sie haben eine **bekannte Endometriose** mit einem abklärungsbedürftigen Befund.
- Sie haben eine **bekannte Endometriose** und wünschen eine allgemeine Beratung.
- Sie haben einen unerfüllten Kinderwunsch: Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Bei Ihnen wurde eine Operation indiziert und Sie benötigen eine Zweitmeinung **vor Ihrer bevorstehenden Operation:**  
OP-Termin: \_\_\_\_\_ Name der Klinik: \_\_\_\_\_
- Sie haben eine bekannte Endometriose und erneut zunehmende Beschwerden (Operation und hormonelle Therapie bereits erfolgt).
- Anderer Grund: \_\_\_\_\_



**Die nachfolgenden Fragen sind von Ihrer Frauenärztin bzw. Ihrem Frauenarzt auszufüllen:**

**Praxisdaten:**

Praxis: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

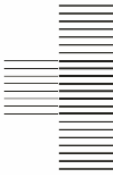
	Ja	Nein	Unbekannt
(Verdacht auf) <b>tiefe Endometriose</b> mit Organbeteiligung und klinisch auffälligem Untersuchungsbefund (Tastuntersuchung, Sonographie) (z. B. Darmendometriose, Harnblasenendometriose, Ureterendometriose, Sectionarbe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Verdacht auf) <b>Endometriom</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei der Patientin ein aktueller Kinderwunsch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wurde</b> bereits eine <b>hormonelle Therapie</b> (für > 3 Monate) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wird</b> aktuell eine <b>hormonelle Therapie</b> (seit > 3 Monaten) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine regelmäßige <b>Schmerzmitteleinnahme</b> nötig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei der Patientin eine Operation mit dem Nachweis einer Endometriose durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Frauenärztin/des Frauenarztes**



## **Einverständniserklärung zur Übermittlung von Terminerinnerungen per E-Mail**

Sehr geehrte Patientin,

um Terminausfälle zu reduzieren, möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, Sie per E-Mail an Ihren bevorstehenden Termin zu erinnern. Diese Erinnerungen sollen Ihnen helfen, Ihre Termine rechtzeitig im Blick zu behalten und gegebenenfalls Änderungen vorzunehmen.

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie mit dem Erhalt von Terminerinnerungen per E-Mail einverstanden sind.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen per E-Mail erhalten.

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen per E-Mail erhalten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Verwendung Ihrer E-Mail-Adresse informiert sind und dass Sie oben genannte Optionen zur Kenntnis genommen haben. Wir verwenden Ihre Daten ausschließlich, um Ihnen Terminerinnerungen zu senden. Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und Sie können diese jederzeit widerrufen.

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Mit freundlichen Grüßen

Endometriosezentrum des Uniklinikums Erlangen