



## Anamnesefragebögen für den Endometriose-Informationstag

- Patientenetikett Frau -

Sehr geehrte Patientin,

willkommen beim Endometriose-Informationstag der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.  
Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragebögen auszufüllen.

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Name _____                           | Vorname _____    |
| Geburtsdatum _____                   | Geburtsort _____ |
| Straße _____                         |                  |
| PLZ / Ort _____                      |                  |
| Telefon _____                        | Handy _____      |
| E-Mail _____                         |                  |
| Beruf _____                          |                  |
| Krankenversicherung _____            |                  |
| Behandelnder Frauenarzt/ärztin _____ |                  |

Bitte senden Sie die Fragebögen vor dem Endometriose-Informationstag an die Universitätsfrauenklinik, Abt. 4.2, Im Neuenheimer Feld 440, 69120 Heidelberg zurück. Am Endometriose-Informationstag besprechen wir gegebenenfalls unklare Einzelheiten mit Ihnen. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Thomas Strowitzki  
Ärztlicher Direktor der Abt. 4.2

Prof. Dr. med. Ariane Germeyer  
Ltd. Oberärztin der Abt. 4.2

Heutiges Datum \_\_\_\_\_

| Patientinnen-Etikett |
|----------------------|
|                      |

| Kontaktdaten            |
|-------------------------|
| E-Mail Adresse<br>_____ |
| Telefonnummer<br>_____  |

**Grund der heutigen Vorstellung:** (Bitte markieren sie die zutreffenden Punkte)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Schmerzen  | <input type="radio"/> Diagnostischer Befund mit (Verdacht auf) Endometriose (z.B. auffälliger Ultraschall, MRT, andere OP) |
| <input type="radio"/> Kinderwunsch / Sterilität                          | <input type="radio"/> Kontrolle / Nachsorge (keine Beschwerden)  |
| <input type="radio"/> andere Beschwerden, die auf Endometriose hinweisen | <input type="radio"/> andere: _____  |
| <input type="radio"/> bekannte Endometriose (Erstdiagnose)               | _____ Monat _____ Jahr - der Erstdiagnose  |

**Alter bei erster Menstruationsblutung:** \_\_\_\_\_ Jahre  unbekannt

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

**Ist die Menstruationsblutung regelmäßig (alle 25-35 Tage):**  ja  nein  unbekannt alle \_\_\_\_\_ Tage

**Wie ist die Stärke ihrer Regelblutung:**  stark  mittel  schwach  keine Blutung

**Wieviele Tage hält die Menstruationsblutung an?** \_\_\_\_\_ Tage  unbekannt

**Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sonstige Hormonpräparate an? (Hormonspirale/ Pflaster/ Ring)**  ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Welches Präparat? \_\_\_\_\_

- Falls ja:** Wie?
- zyklisch, d. h. über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tabletten?
  - Pause alle \_\_\_\_\_ Monate?
  - kontinuierlich, ohne Pause

**Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel wegen der Beschwerden ein?**  ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Welche Präparate? \_\_\_\_\_

|             |                  |   |
|-------------|------------------|---|
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |
| Name: _____ | Dosierung: _____ | Anzahl der Einnahmetage monatlich _____ |

Bitte treffen Sie zu den folgenden Punkten eine eindeutige Aussage:

**Haben Sie Schmerzen bei der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**  ja  nein  keine Angabe  
 aktuell keine Menstruationsblutung

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie andere zyklische Schmerzen (vor - nach der Periodenblutung) in den letzten 3 Monaten?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie Schmerzen unabhängig von der Periodenblutung in den letzten 3 Monaten?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme während Hormonen (z.B. Pille)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

Wie ist der Schmerzwert unter der Einnahme von Schmerzmitteln?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  nicht zutreffend

---

**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Wasserlassen?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

---

**Haben Sie zyklische Schmerzen beim Stuhlgang?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

---

**Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wie stark würden Sie den Schmerz einschätzen?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

## Wie lange bestehen diese Beschwerden?

< 6 Monate  > 6 - 12 Monate  1 - 3 Jahre  3 - 10 Jahre  > 10 Jahre  nicht zutreffend

## Bestehen die Regelschmerzen von Anfang an?

ja  nein  keine Angabe

**Falls nein:** Seit wieviel Jahren bestehen die Regelschmerzen? Seit \_\_\_\_\_ Jahren

Gab es einen Auslöser?  Geburt  Absetzen der Pille  keinen erkennbaren

Fehlgeburt/Ausschabung  Kupferspirale

## Ist bei Ihnen eine familiäre Endometriose bekannt?

ja  nein  keine Angabe

**Falls ja:** Wer?

## Haben Sie Blut im Urin bemerkt?

ja  nein  keine Angabe

**Tritt das Blut im Urin zyklisch auf?**

ja  nein  keine Angabe

## Haben Sie Probleme mit dem Darm bzw. Stuhlgang?

Durchfall  Verstopfung  Blut im Stuhl  aufgeblähter Bauch/Endo-Belly  andere  keine Probleme

**Sind diese Beschwerden zyklisch?**

ja  nein  keine Angabe

## Waren Sie jemals schwanger?

ja  nein  unbekannt

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

**Falls ja:** Insgesamt \_\_\_\_\_ Schwangerschaften Insgesamt \_\_\_\_\_ Fehlgeburten Insgesamt \_\_\_\_\_ Geburten

## Haben Sie aktuell einen unerfüllten Kinderwunsch?

ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Wie lange? \_\_\_\_\_ (Monate)

## Wurde bei Ihnen eine Bestimmung der Eizellreserve durchgeführt? Anti Müller Hormon Bestimmung (AMH)

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** War diese  auffällig  unauffällig \_\_\_\_\_ AMH-Wert

## Wurde bei Ihrem Partner eine SpermioGramm durchgeführt?

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** Wie war das Ergebnis?  eingeschränkte Fertilität  unauffällig

## Hatten Sie in der Vergangenheit einen unerfüllten Kinderwunsch?

ja  nein  unbekannt

## Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

ja  nein  unbekannt  nicht zutreffend

**Falls ja:** Welche Methode(n) wurden angewandt?

Hormonelle Stimulation Jahr: \_\_\_\_\_  andere Jahr: \_\_\_\_\_

Insemination Jahr: \_\_\_\_\_  unbekannt Jahr: \_\_\_\_\_

IVF / ICSI Jahr: \_\_\_\_\_

Ist ihre Lebensqualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? niemals selten oft immer

Wie sehr hindern sie die Beschwerden daran ein normales Leben zu führen? niemals selten oft immer

Ist ihre Sexualität durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? niemals selten oft immer

Ist ihre Stimmung durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? niemals selten oft immer

---

## Welche gynäkologischen Voroperationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

| Zeitpunkt (Jahr) | Wo, in welchem Krankenhaus? | Was wurde gemacht? |
|------------------|-----------------------------|--------------------|
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |
| _____            | _____                       | _____              |

---

## Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert?

Haben diese zu einer Verbesserung geführt?

- |  |                               |                              |                           |                             |
|--|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Ernährungsumstellung                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Yoga                                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Osteopathie                                | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Physiotherapie                             | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Sport                                      | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> TCM  | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Akupunktur                                 | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> Psychotherapie / psychologische Begleitung | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> REHA                                       | <input type="radio"/> niemals | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> immer |

Andre: \_\_\_\_\_

---

Anmerkungen

Stempel

**Erweiterungs-Fragebögen, Modul 1 (Co-Morbidität):**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Angaben zum Gewicht und Körpergröße**

Frau: Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

**Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?**

*Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?*

Thrombose/Lungenembolie → Ursache:  unbekannt;  \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  Krampfadern

Schilddrüsenerkrankung :  Unterfunktion (  Hashimoto)  Überfunktion

Zuckerkrankheit/Diabetes:  Typ I /  Typ II → diätetisch eingestellt:  ja/  nein

Migräne →  ohne Aura/  mit Aura?

Krampfleiden/Epilepsie

Zysten im Eierstock? Ist bei Ihnen eine Endometriose bekannt?  ja  nein

Z.n. Unterleibsentzündungen? Wurden diese antibiotisch behandelt  ja  nein

Z.n. Blinddarmentzündung?

Depressionen  Antriebsstörung  Konzentrationsstörungen

Harninkontinenz  trockene Schleimhäute  vaginaler Juckreiz

Andere \_\_\_\_\_

**Gab es in Ihrer Familie Erkrankungen?**

*Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Geschwistern/ Eltern/Großeltern bekannt? (Alter)*

Thrombose \_\_\_\_\_  Embolie \_\_\_\_\_  Herzinfarkt \_\_\_\_\_

sonstige Gerinnungsstörungen (ggf. welche?) \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen (ggf. welche?) \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Sonstige Drogen? E-Zigarette:  nein  ja

Cannabis:  nein  ja

Trinken Sie Alkohol?  nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Sind bei Ihnen Allergien bekannt  nein  ja

Welche \_\_\_\_\_

**Erweiterungs-Fragebögen, Modul 2 (Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit/FESS):**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage mit einer Antwort von „0“ („stimme nicht zu“) bis „6“ („stimme komplett zu“)

|    |  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Ich kann trotz der Schmerzen Dinge genießen.   | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Ich kann trotz der Schmerzen die meisten Dinge im Haushalt tun (z. B. aufräumen, abwaschen).   | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Ich kann mich trotz der Schmerzen mit meinen Freunden oder Familienangehörigen so oft treffen, wie ich es früher getan habe/ wie ich es gewohnt bin. | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Ich werde mit meinen Schmerzen in den meisten Situationen fertig.  | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Ich kann trotz der Schmerzen irgendeine Form von Arbeit ausüben („Arbeit“ beinhaltet dabei Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).              | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Ich kann trotz der Schmerzen immer noch viele Dinge tun, die ich gerne mache, wie z.B. Hobbies oder Freizeitaktivitäten.                             | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Ich werde mit meinen Schmerzen auch ohne Medikamente fertig.   | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Ich kann trotz der Schmerzen noch die meisten meiner Ziele im Leben erreichen.   | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ich kann trotz der Schmerzen noch ein normales Leben führen.   | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ich kann trotz der Schmerzen nach und nach aktiver werden.   | <input type="checkbox"/> |

**Erweiterungs-Fragebögen, Modul 3 (Ernährungsmedizinische Interventionen und Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln):**

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie sich im Zusammenhang mit ihren Unterleibs-Beschwerden bereits mit dem Thema Ernährung auseinandergesetzt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

|                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie ihre Ernährung umgestellt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, was hat Sie dazu bewogen Ihre Ernährung umzustellen? (Bitte in Tabelle ankreuzen)</li> </ul> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Endometriose   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Reizdarm   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Lebensmittelallergien  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Andere   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche Änderung haben Sie vorgenommen? (Bitte als Freitext eintragen)</li> </ul> |
|  |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welchen Effekt hatte diese Umstellung? (Bitte als Freitext eintragen)</li> </ul> |
|  |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Über welche Quellen beziehen Sie ihre Informationen bezüglich der Ernährung bei Endometriose? (Bitte in Tabelle ankreuzen) |                             |                               |
| <input type="radio"/> Ärzte  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Zertifizierte Ernährungsberatung   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Coach  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Heilpraktiker  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Freunde und Bekannte   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Angehörige   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Influencer (Social Media)  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Zeitschriften  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Bücher   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Internetseiten (Blogs, Info-Seiten)  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> App  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist bei Ihnen jemals ein Reizdarmsyndrom diagnostiziert worden?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt ihres Zyklus treten die Beschwerden auf? (Bitte in Tabelle ankreuzen)</li> </ul> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Während der Periodenblutung/ zu Beginn des Zyklus   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Um den Eisprung herum.  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Kurz vor der Menstruation   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurden bei Ihnen bereits Laboruntersuchungen/ Tests auf Vitamin-/Nährstoffmangel durchgeführt?    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche? (Bitte in Tabelle ankreuzen)</li> </ul> |                             |                               |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Vitamin D                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Vitamin B12 (Holotranscobolamin) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Eisen                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Folsäure                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Omega 3/6 Fettsäuren             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Andere                           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind bei Ihnen Lebensmittel <b>allergien</b> diagnostiziert worden? (zB Erdnüsse, Eiweiß, Muscheln o.Ä) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche? (Bitte als Freitext eintragen)</li> </ul>     |                             |                               |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Durch wen wurden <b>Allergien</b> festgestellt? (Bitte in Tabelle ankreuzen) |                             |                               |
| <input type="radio"/> Ärzte  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Zertifizierte Ernährungsberatung                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Coach  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Heilpraktiker  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> eigenständig   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bestehen bei Ihnen Lebensmittel <b>unverträglichkeiten (Intoleranzen)</b> ?                       |                             |                               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche? (Bitte in Tabelle ankreuzen)</li> </ul> |                             |                               |                             |                               |
| <input type="radio"/> Histaminintoleranz  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Glutenintoleranz  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Sorbitintoleranz  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Lactoseintoleranz   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Salicylatintoleranz   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |
| <input type="radio"/> Andere  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |                             |                               |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Durch wen wurden <b>Unverträglichkeiten (Intoleranzen)</b> festgestellt? (Bitte in Tabelle ankreuzen) |                             |                               |
| <input type="radio"/> Ärzte   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Zertifizierte Ernährungsberatung  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Coach   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Heilpraktiker   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> eigenständig  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wie viele Nahrungsergänzungsmittel (NEM) nehmen Sie ein?

|                                       | Menge (plus Einheit – mg/µg/mmol etc) | täg-lich                 | wöchent-lich             | monat-lich               |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vitamin A-Säure/ Retinsäure           |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B6                            |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B12                           |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin C                             |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin D                             |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin E                             |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eisen                                 |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magnesium                             |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calcium                               |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zink                                  |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jod                                   |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selen                                 |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omega 3 Fettsäuren (Fischöl/ Algenöl) |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ashwaganda                            |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurkumin                              |                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lion´s Mane       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Resveratrol       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probiotika        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauungsenzyme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frauenmantelkraut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Isoflavone        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Werden die Laborwerte unter der Einnahme der NEM regelmäßig kontrolliert? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einen Effekt der NEM auf Ihre Endometriosebeschwerden feststellen können?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche? (Bitte als Freitext eintragen)</li> </ul> |                             |                               |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Nebenwirkung durch die NEM festgestellt?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, Welche? (Bitte als Freitext eintragen)</li> </ul> |                             |                               |

|  |   |
|--|---|
| Welchen Geldbetrag (Euro) haben Sie in den letzten 3 Monaten circa monatlich für NEM ausgegeben? (Bitte als Freitext eintragen)                                    | € |
| Welchen Geldbetrag (Euro) haben Sie in der Vergangenheit insgesamt ungefähr für Ernährungsberatungen und Untersuchungen ausgegeben? (Bitte als Freitext eintragen) | € |

**Hier ist Platz für sonstige wichtige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten:**

-----

-----

-----

-----

-----

Ich bestätige die Korrektheit der gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass die Unterlagen nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

Bitte senden Sie alle Fragebögen vor dem Endometriose-Informationstag an die Universitätsfrauenklinik Heidelberg Abt. 4.2, Im Neuenheimer Feld 440, 69120 Heidelberg zurück. Am Endometriose-Informationstag besprechen wir gegebenenfalls unklare Einzelheiten mit Ihnen. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.