



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 _____
Telefonnummer _____

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich kann trotz der Schmerzen die meisten Dinge im Haushalt tun (z. B. aufräumen, abwaschen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich werde mit meinen Schmerzen in den meisten Situationen fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich werde mit meinen Schmerzen auch ohne Medikamente fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann trotz der Schmerzen noch die meisten meiner Ziele im Leben erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich kann trotz der Schmerzen noch ein normales Leben führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich kann trotz der Schmerzen nach und nach aktiver werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"> • Wenn ja, was hat Sie dazu bewogen Ihre Ernährung umzustellen? (Bitte in Tabelle ankreuzen) 		
<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"> • Wenn ja, welche Änderung haben Sie vorgenommen? (Bitte als Freitext eintragen)

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

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"> • Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt ihres Zyklus treten die Beschwerden auf? (Bitte in Tabelle ankreuzen) 		
<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"> • Wenn ja, welche? (Bitte in Tabelle ankreuzen) 		

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

Durch wen wurden Allergien 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 unverträglichkeiten (Intoleranzen) ?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche? (Bitte in Tabelle ankreuzen) 				
<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 Unverträglichkeiten (Intoleranzen) 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"> • Wenn ja, welche? (Bitte als Freitext eintragen) 		

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

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.