

Fragebogen zur Vorstellung in der Sprechstunde für Endometriose

Liebe Patientin,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen zusammen 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: _____

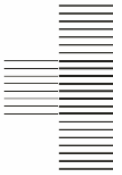
E-Mail-Adresse: _____

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 **keine Ursache für die Beschwerden gefunden** 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. von Ihrem Frauenarzt auszufüllen:

Praxisdaten:

Praxis: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

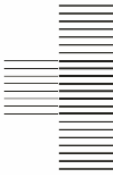
Praxisstempel

	Ja	Nein	Unbekannt
(Verdacht auf) tiefe Endometriose 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) Endometriom ?	<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"/>
Wurde bereits eine hormonelle Therapie (für > 3 Monate) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird aktuell eine hormonelle Therapie (seit > 3 Monaten) durchgeführt und bestehen weiterhin Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine regelmäßige Schmerzmittleinnahme 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

Ihr Universitäts-Endometriosezentrum Franken