

Vulvodynie-Fragebogen

Aktuelles Datum: _____

Name; Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Alter: _____

Medikamenteneinnahme: Nein Ja und zwar

Alter bei 1. Regelblutung: _____ Zykluslänge: _____ Regelmäßig: Ja Nein

Wechseljahre: Ja Nein Letzte Regelblutung: _____

Hormonersatztherapie in den Wechseljahren : Ja Nein

Menopause: Nein Ja Alter bei letzter Regelblutung _____

Wie lange leiden Sie schon unter Schmerzen? Monate _____ Jahre _____

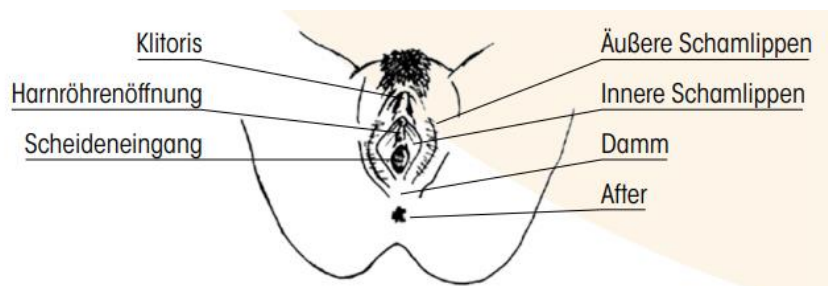
Ausfluss vermehrt: Ja Nein Trockenheitsgefühl: Ja Nein

Wo ist der Schmerz? (Mehrfachangaben sind möglich)

Äußere Schamlippen Innere Schamlippen Scheideneingang Klitoris

Harnröhrenöffnung Damm Schmerzen auch im Inneren der Scheide (Vagina) Ja Nein

Schmerzen Unterbauch Ja Nein Schmerzen Beckenboden Ja Nein



Aus Fragebogen der Deutsche Schmerzgesellschaft Modul Viszerale und urogenitale Schmerzen

Art des Schmerzes

Brennend Stechend Juckend Drückend Ziehend

Wie oft treten die Schmerzen durchschnittlich auf? (Bitte kreuzen Sie in 1.-3. an)

- | | | | | |
|----|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. | einmal täglich | <input type="checkbox"/> | mehrfach täglich | <input type="checkbox"/> |
| 2. | einmal wöchentlich | <input type="checkbox"/> | mehrfach wöchentlich | <input type="checkbox"/> |
| 3. | einmal monatlich | <input type="checkbox"/> | mehrfach monatlich | <input type="checkbox"/> |

Wie lange dauern Ihre Schmerzen im Durchschnitt?

Sekunden Minuten Stunden 1-3 Tage länger als 3 Tage

Minuten bis zu 3 Tagen

Auf der Schmerzskala 1-10 (1 kaum Schmerz, 10 kaum aushaltbar)

Höchster Wert? _____ In welchem Zusammenhang? _____

Wie ist der Wert aktuell? _____

Verändert sich der Schmerz im Bereich der Scheide

1. im Verlauf des Tages? Ja Nein Verschlechterung morgens abends

2. im Verlauf des Zyklus? Ja Nein

wenn ja, Verschlechterung vor der Periode während der Periode nach der Periode

Treten die Schmerzen nur bei Berührung oder Druck auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen bei Einführen eines Tampons auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen beim Fahrradfahren auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen beim Tragen enger Kleidung auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen beim Wasserlassen auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen bei Geschlechtsverkehr auf? Ja Nein

War der Geschlechtsverkehr vor dem Schmerzbeginn für Sie schmerzfrei? Ja Nein

Treten die Schmerzen beim Wasserlassen nach Geschlechtsverkehr auf? Ja Nein

Treten die Schmerzen in sonstigen Situationen auf? Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Situationen:

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Schmerzbeginn und einem bestimmten Ereignis?

Ja Nein

Vaginaler Infektion Ja Nein Harnwegsinfekt Ja Nein Schwangerschaft Ja Nein

Operationen Ja Nein Geburtsverletzungen Ja Nein

Sonstiges Ja Nein bitte beschreiben Sie den Zusammenhang:

Verbesserung der Schmerzen im Falle einer Schwangerschaft: Ja Nein

Leiden Sie unter folgenden Symptomen oder Erkrankungen? (Mehrfachantworten möglich)

Stuhlgang: Verstopfung Ja Nein

Reizdarm Ja Nein . Wenn ja, mit Durchfall Ja Nein oder mit Verstopfung Ja Nein

Wasserlassen problematisch Ja Nein Häufiger Harndrang Nein Inkontinenz Ja Nein

Toilettengang nachts Ja Nein , wenn ja wie oft _____

Rückenschmerzen Ja Nein Kopfschmerzen Ja Nein Zähneknirschen Ja Nein

Beißschiene Ja Nein Muskelschmerzen Ja Nein Harnwegsinfekte Ja Nein Diabetes mellitus Ja Nein Schilddrüsenerkrankung Ja Nein Schlafstörung Ja Nein

Lebensmittelunverträglichkeit Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien: Nein

Wenn ja, welche? _____

Gewichtsveränderungen in den letzten 6 Monaten Ja Nein

Diäten Ja Nein . Wenn ja Zusammenhang mit Schmerzen im Bereich Scheide Ja Nein

Trinkmenge/Tag _____

Abstrich Gebärmutterhals/Krebsvorsorge wann zuletzt _____ Normalbefund Ja Nein

HPV- Impfung: Ja Nein . Wenn ja, wann _____

Verhütung: Pille Kondom Spirale Hormonspirale

Anderes _____

Wie lange wenden Sie die aktuelle Verhütungsmethode an? _____

Zufrieden mit der Verhütungsmethode Ja Nein

Sehen Sie einen Zusammenhang Schmerzen mit psychischer Belastung/ Streß Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie den Zusammenhang :

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht Ja Nein . Wenn ja, wann _____

Verhaltenstherapie Ja Nein Tiefenpsycholog. Behandlung Ja Nein Unbekannt Ja Nein

wegen Angsterkrankung Depression Zwangserkrankung

Sonstiges _____

- Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung Ja Nein . Wenn ja, wann _____

Wenn Ja, kennen Sie Ihre Diagnose? _____

- Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen Ja Nein

Wenn ja welche? _____

- Gibt es in Ihrer Familie schwere körperliche Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

- Sind Sie schon einmal operiert worden? ja nein

ja, und zwar _____

- Hatten Sie schwerwiegende Unfälle? ja nein

ja, und zwar _____

wann? _____

Konsumieren Sie folgende Substanzen?

Nikotin nein ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Alkohol nein ja, Menge pro Woche: _____

Drogen nein ja, welche? _____

Womit sind Sie seit Schmerzbeginn behandelt worden?

Behandlung gegen Pilze Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Erfolgte zuvor eine Untersuchung im Labor Ja Nein Unbekannt

Antibiotika Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Erfolgte zuvor eine Untersuchung im Labor Ja Nein Unbekannt

Cortisone Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Östrogene Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Pflegecreme Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Lokalanaesthetika Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Kühlung Ja Nein Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Beckenbodengymnastik Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Naturheilkundl. Maßnahmen Ja Nein Wie oft _____ Verbesserung der Schmerzen Ja Nein

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Arztkontakte und andere Behandlungsverfahren

GynäkologInnen: Wie oft?

monatlich _____ Jährlich _____ Wechsel der GynäkologInnen Ja Nein Wie oft _____

UrologInnen: Ja Nein Wie oft _____

DermatologInnen Ja Nein Wie oft _____

Dysplasiesprechstunde Ja Nein Wie oft _____

Naturheilkunde Ja Nein Wie oft _____

Akupunktur/TCM Ja Nein Wie oft _____

Mit wem sprechen Sie über Ihre Schmerzen?

Mit Partner Nein Mit Eltern Ja Nein Mit FreundInnen Ja Nein

Mit Niemandem: Ja Nein

Freizeit:

Entspannungsmethoden Ja Nein , wenn ja welche? _____

Sport Ja Nein , wenn ja welchen? _____

Hobby Ja Nein , wenn ja welche? _____

Sonstiges _____

Was kann ihre Schmerzen lindern?

Entspannung Ja Nein Ablenkung Ja Nein Pflegecreme Ja Nein Bewegung Ja Nein

Sonstiges _____

Kennen Sie das Krankheitsbild Vulvodynie? Ja Nein

Wenn Ja, woher haben Sie Ihre Informationen?

FrauenärztInnen Ja Nein HausärztInnen Ja Nein UrologInnen Ja Nein

Internet Ja Nein Social media Ja Nein Freundeskreis/Familie Ja Nein

Sonstiges _____

Wie haben Sie von der Gynäkologischen Psychosomatikin Bonn erfahren?

Arzt Ja Nein Psychotherapie Ja Nein Internet Ja Nein Social media Ja Nein

Freundeskreis Ja Nein Sonstiges _____

Sonstige Anmerkungen
