

# 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 \_\_\_\_\_

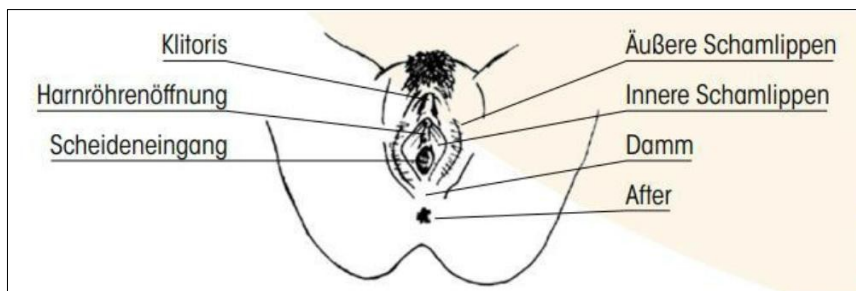
Ausfluss vermehrt: Ja  Nein  Trockenheitsgefühl: Ja  Nein

**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 Praxis Dr.med. Iris Hahn, Drs. Knoch + Essers-Tietjen erfahren?**

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

Freundeskreis Ja  Nein  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Sonstige Anmerkungen**

---

---

---

---

Dr.med Iris Hahn, Köln Heumarkt 43  
info@gynpraxis-heumarkt.de