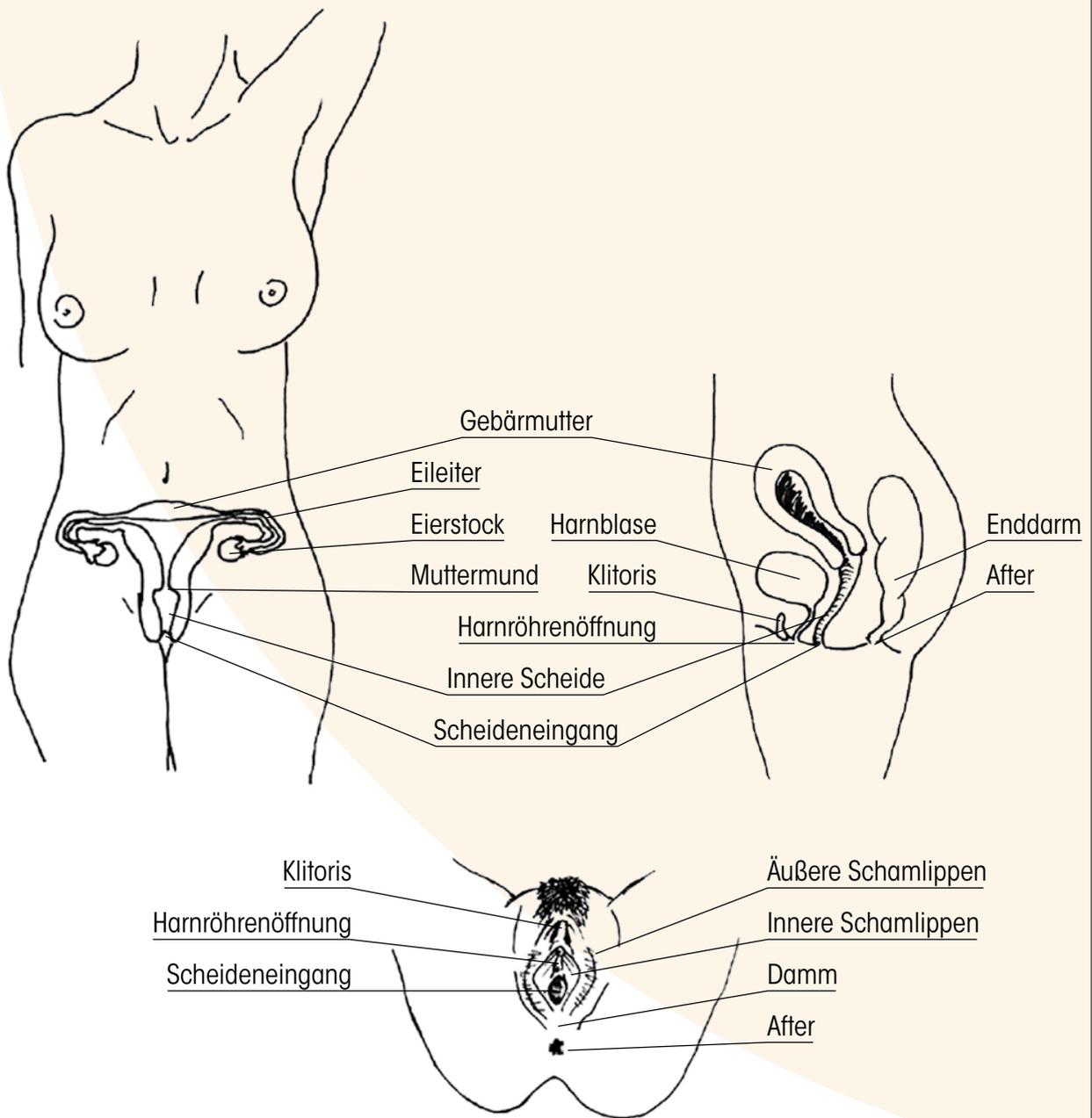


1. Bitte schraffieren Sie die Stellen, wo Sie Schmerzen haben:



2. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

3. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Monat | <input type="checkbox"/> ½ Jahr bis 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 2 bis 5 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat bis ½ Jahr | <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> mehr als 5 Jahre |

4. Wie oft treten die Schmerzen durchschnittlich auf?

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mehrfach täglich | <input type="checkbox"/> mehrfach wöchentlich | <input type="checkbox"/> mehrfach monatlich | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> einmal täglich | <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich | <input type="checkbox"/> einmal monatlich | |

5. Wie lange dauern Ihre Schmerzen im Durchschnitt?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sekunden | <input type="checkbox"/> Stunden | <input type="checkbox"/> länger als 3 Tage |
| <input type="checkbox"/> Minuten | <input type="checkbox"/> bis zu 3 Tagen | |

6. Wenn Sie Schmerzen **oberhalb des Bauchnabels** angegeben haben (oberer Magen-Darm-Bereich/Speiseröhre), beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Treten die Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Gehen die Schmerzen mit einem Völlegefühl/Magendruck einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. Gehen die Schmerzen mit Übelkeit oder Erbrechen einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d. Gehen die Schmerzen mit dem Gefühl von (Sod-)brennen einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e. Gehen die Schmerzen mit einem vorzeitigen Sättigungsgefühl einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

7. Wenn Sie Schmerzen **unterhalb des Bauchnabels** angegeben haben (Darm/Enddarm oder After), beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit Stuhlgang auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Gehen die Schmerzen mit Durchfall (flüssiger und/oder sehr häufiger Stuhlgang) einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. Treten die Schmerzen eher im Zusammenhang mit Blähungen oder einem aufgeblähten Bauch auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d. Gehen die Schmerzen mit Verstopfung (harter und/oder sehr seltener Stuhlgang) einher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e. Ist der Stuhlgang von dem Gefühl begleitet nicht ganz entleert zu sein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f. Ist der Stuhlgang manchmal blutig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

8. Wenn Sie Schmerzen im **Bereich der Geschlechtsorgane** oder in der **Blasenregion** angegeben haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- a. Treten die Schmerzen eher im inneren Bereich der Scheide auf? Ja Nein
- b. Treten die Schmerzen eher im äußeren Bereich der Scheide auf? Ja Nein
- c. Treten die Schmerzen eher bei gefüllter Blase auf? Ja Nein
- d. Treten die Schmerzen eher beim Wasserlassen/Urinieren auf? Ja Nein
- e. Sind die Schmerzen begleitet von Blut im Urin? Ja Nein
- f. Sind die Schmerzen begleitet von Eiter im Urin? Ja Nein
- g. Gehen die Schmerzen einher mit (übelriechendem) Ausfluss aus der Scheide? Ja Nein
- h. Treten die Schmerzen eher vor der Monatsblutung auf? Ja Nein
- i. Treten die Schmerzen eher während der Monatsblutung auf? Ja Nein
- j. Treten die Schmerzen bei Verwendung von Hygieneprodukten (z.B. Tampons) auf? Ja Nein
- k. Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten/Geschlechtsverkehr auf? Ja Nein

9. Bitte geben Sie an, wie oft die Schmerzen Sie im Bereich der Partnerschaft/Beziehung (z.B. beim Geschlechtsverkehr) beeinträchtigt haben:

- nie selten manchmal häufig immer

10. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situationen werden Ihre Schmerzen verstärkt?

11. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situationen werden Ihre Schmerzen gelindert?
