Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Vorstand: Priv.Doz.Dr. Oliver Preyer, MBA

Gynäkologische Ambulanz

Fal	I_	N	r	٠	251	35	54	830
ıaı	1-	IΝ	и.		4 01	-	ソエ	000

Endometriose-Checkliste

Leiterin Endometriosezentrum: EOÄ Dr. Elisabeth Janschek

Erhoben am 27.01.2025 um 10:11 Erhoben von Dr. Elisabeth Janschek

Erhoben von Dr. Elisabeth J	anschek	<										
PatientenID: 70318												
Hausarzt: Dr. Sabine Jesacher-Gregori Gynäkologe: Dr. Daniela Wolin-Smolle												
· ·		stellung):	, ,	elles Da								
Hauptbeschwerde(bitte nur EINE ankreuze	n) N	J Grun	d der Vorstellung (bitte ankreuzen)	N .	J Erstvorstellung							
Schmerzen		Schm		☑ ZUW nach OP								
Kinderwunsch/ Sterilität		Kinde	erwunsch/ Sterilität		Kontrolle unter (kons.) Therapie							
AbklärungsbedürftigerBefund		Blutur	ngsstörung/AUB		☐ Ergebnisbeurteilung							
Nachsorge		Nachs	sorge		Zweitmeinung							
Blutungsstörung/AUB		Persis	stierendeEndometriose									
Kontakt zu Sozialdienst/ Info Reha	′ ⊠ N □	J Rezid	livfall									
Physikalische Therapie Physikalische Therapie		Abklä	rungsbedürftigerBefund									
OP/ HISTO-ANAMNESE DA	ATUM der	· letzten O	P:									
VorangegangeneBauch-OPs:	□ N	ein 🖂 J	a Anzahl: 1									
VorangegangeneEndometrioseOP	s: N	ein 🖂 Ja	a Anzahl: siehe Unterlagen Kla	agenfurt	t							
Histologische Sicherung:	□ N	ein 🖂 J	a									
KLINISCHE UNTERSUCHUNG/ Erstvorstellung	unauffällig	J	nicht durchgeführt									
Spekulum	\boxtimes											
VaginalerTastbefund												
RektalerTastbefund												
Ultraschall												
Sonstige Bildgebung		\boxtimes										
(CT, MRT o. ING)												
KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE	(zutreffendes a Venn TIE	nkreuzen)	Endometriose	e: ∐ l	Nein ⊠ Ja							
Peritoneal	Niere/Uret	erL	☐ ParametriumL ☐	SUB F	R							
Zystisch/ovariell	Niere/Uret	erR	☐ ParametriumR ☐	SRV								
Adenomyosis	Blase		□ Darm □	Bauch	decke							
Tief-infiltrierende(TIE)	Jterus		SUB L									
#Enzian (klinisch) (U): O2/1			rASRM:									
P O _L 2 O _R 1 T _L	T_R											
$A \qquad \qquad B_L \qquad \qquad B_R \qquad \qquad C$												
F _A F _B F _I FU _L	FU	_R F										

EMPFOHLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)



OperativeTherapie (nur therapeutisch)					\boxtimes												
Endokrine Therapie					\boxtimes												
MedikamentöseSchmerztherapie																	
Multimodale Schmerztherapie (Schm	erzzentrum	o.ä.)														
Reproduktionsmedizin																	
KomplementäresVerfah	ren																
AHB oder REHA oder KI	UR																
keine weitere Therapie e	rford	erlich															
NTRAOPERATIVE DIAGNOSTIK: (unabhängig ob diagnostisch oder therapeutisch, zutreffendes ankreuzen) DATUM OP-Visite:																	
ENDOMETRIOSE	ein		Ja				Г		N	J							
	Peri	toneum		Nie	re/Ureter	L [□ Darm □				1.Operateur:						
Zys	tisch	/ovariell		Nie	re/Ureter	R [SUB L		1	2.Operateur:						
А	den	omyosis		Bla	se	[SUB R			Konversionin Laparotomie?						
Tief-infiltrie	eren	de(TIE)		Ute	rus	[SRV			MakroskopischEndometrioseRest						
				Par	ametrium	nL [Bauchdecke	Е]	Histologie entnommen?						
				Par	ametrium	nR [Г		Histologisch nachgewiesen?						
#F		1				<u>'</u>		-40014-			PostoperativGespräch mit Operateur						
#Enzian (S): P O _I O _R		т		_				rASRM:		r	PostoperativeVisite						
											Kontakt zu Sozialdienst?						
					F						RektalerBefund						
F _A F _B F _I		I OL		I OR	'						(Intra-operativ)						
VERLAUFSKONTROLLI	E1				DATUM	l (Ve	rla	aufskontrolle1):			ambulant						
Grund der Vorstellung		nkreuzen)	N	J]						☐ stationär						
Schmerzen			tr	1		W na	acl	h OP			_						
Kinderwunsch/ Sterilität			† <u>-</u>			trolle	ur	nter (kons.) Therapi	ie								
AbklärungsbedürftigerB	efun	d	T		Erg	ebni	sb	eurteilung									
Nachsorge			T		1			nung									
Rezidivfall			1]												
PersistierendeEndomet	riose)	T	1 -	1												
Blutungsstörung/AUB			T	1 -	1												
KLINISCHE Untersuch	una	upauffällic	1 21	ıffällic	nich	nt .	7			_							
nach OP/kons. Therapi		unaunaing	, ac	mamę	durchge		t										
Spekulum]	1										
VaginalerTastbefund																	
RektalerTastbefund]											
Ultraschall]											
Sonstige Bildgebung]												
KLINISCHE ARBEITSD	IAG	NOSE:(zut	reffen	des ankı	reuzen)			Endon	neti	rio	se: Nein Ja						
		We	nn 1	ΠE													
Peritoneal Niere/UreterL					L		F	ParametriumL			SUBR						
Zystisch/ovariell Niere/UreterF					·R		F	ParametriumR		Е	SRV						
Adenomyosis Blase							Е	Darm		Е	Bauchdecke						
Tief-infiltrierende(TIE)			S	SUB L													
					-												

1980, W



#Enzia	•											rASRM:		
veriau i P	skontrolle):			т		т								
A	O _L B _L	O _R B _R		T∟ C		T_R								
F _A	F _B	F _I		FU	1.	Fl	L		F					
	=		LINAE											
	OLENE MA					ankreuz	en)]					
	tiveTherapi		uieia	peuu	SCII)		_							
Endokrine Therapie														
MedikamentöseSchmerztherapie Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.)														
			(0011111	01220110		4.,								
<u> </u>	duktionsme													
	lementäresV						-							
AHB	oder REHA o	aerk	UK											
VERLA	UFSKONTF	ROLL	E2					DAT	UM	(Ve	erla	aufskontrolle 2):		☐ ambulant
Grund	d der Vorste	llung	(bitte a	nkreuzer	1)	N	J							stationär stationär
Schme	erzen								ZUV	V na	acł	h OP		
Kinde	rwunsch/ Ste	erilität	t						Kont	trolle	ur	nter (kons.) Therapie		
Abklär	rungsbedürft	tigerB	efun	d					Erge	ebni	isb	eurteilung		
Nachs	orge								Zwe	eitm	ein	nung		
Rezidi	ivfall													
Persis	tierendeEnd	domet	riose	:										
Blutun	ıgsstörung/A	AUB												
	SCHE Unter OP/kons. Th			unauf	fällig	auffä	- 1		nich chge		rt			
Speku	ılum			Г	7									
Vagina	alerTastbefu	ınd			5 1									
Rekta	lerTastbefur	nd			7									
Ultras	chall			Γ	1									
	ige Bildgebu o. ING)	ng(C	Τ,											
	SCHE ARBI	EITSE	DIAG	NOSE	:(zutref	fendes	ankrei	ızen)				Endomet	trios	e: Nein Da
				_	Wenr	n TIE								
Perito	neal				Niere	/Ure	terL				Ρ	ParametriumL		SUB R
Zystis	ch/ovariell				Niere	/Ure	terR	1			Р	ParametriumR		SRV
Adend	omyosis				Blase	•						Darm		Bauchdecke
Tief-in	filtrierende(TIE)		L	Uteru	IS					S	SUB L		
#Enziaı Verlauf	n (2. skontrolle):											rASRM:		
Р	OL	O_R		T_L		T_{R}								
Α	B_L	B_R		С										
F_A	F_{B}	Fı		FU	J_L	FL	J_R		F					
EMPF	OLENE MA	SSNA	ч	E: (zutre	ffendes a	ankreuz	en)							
	tiveTherapi						Ť							
	rine Therapi				•									
	amentöseSc		zther	rapie										
	dale Schmerzth				rum o.à	á.)								
Repro	duktionsme	dizin												
	lementäres\		ren											
AHB oder REHA oder KUR														

80.	w



ERGEBNISBEURTEILUNG(nach 12 Monaten ODER bei Wechsel der Hauptbeschwerde)

DATUM Abschlussvisite:

	N	J		N	J	ambulant
Hauptbeschwerde i.d. letzten 12 Monaten			Kontaktzu einem Schmerzzentrum?			stationär
geändert Verbesserung der Schmerzen			Kontakt zu einem Kinderwunschzentrum?			☐ telefonisch KOMMENTAR :
Patientinschwanger			AlternativmedizinischeMaßnahmen?			NOMMENTAL.
Therapieempfehlungbefolgt			AHB, Reha, Kur?			
Spätkomplikation(nach OP)			Zufriedenheitmit der Behandlung?			
Nebenwirkungen(unter med. Therapie)						

Notizen:

Dr. Elisabeth Janschek

1. Oberärztin