

Fall-Nr.: 2513554830

Endometriose-Checkliste

Leiterin Endometriosezentrum: EOÄ Dr. Elisabeth Janschek

Erhoben am 27.01.2025 um 10:11

Erhoben von Dr. Elisabeth Janschek

Patienten-ID: 70318

Hausarzt: Dr. Sabine Jesacher-Gregori

Gynäkologe: Dr. Daniela Wolin-Smolle

ambulant

Datum (Erstvorstellung): 27.01.2025

aktuelles Datum: 27.01.2025

Hauptbeschwerde (bitte nur EINE ankreuzen)	N	J	Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen)	N	J	<input type="checkbox"/> Erstvorstellung
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ZUW nach OP
Kinderwunsch/ Sterilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderwunsch/ Sterilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontrolle unter (kons.) Therapie
Abklärungsbedürftiger Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörung/AUB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergebnisbeurteilung
Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
Blutungsstörung/AUB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persistierende Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakt zu Sozialdienst/ Info Reha/ Physikalische Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	Rezidivfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Abklärungsbedürftiger Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OP/ HISTO-ANAMNESE

DATUM der letzten OP:

Vorangegangene Bauch-OPs: ☐ Nein ☒ Ja Anzahl: 1Vorangegangene Endometriose-OPs: ☐ Nein ☒ Ja Anzahl: siehe Unterlagen/KlagenfurtHistologische Sicherung: ☐ Nein ☒ Ja

KLINISCHE UNTERSUCHUNG/ Erstvorstellung	unauffällig	auffällig	nicht durchgeführt
Spekulum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rektaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)

Endometriose: ☐ Nein ☒ Ja

Peritoneal	<input type="checkbox"/>
Zystisch/ovariell	<input checked="" type="checkbox"/>
Adenomyosis	<input type="checkbox"/>
Tief-infiltrierende (TIE)	<input type="checkbox"/>

Wenn TIE

Niere/Ureter L	<input type="checkbox"/>	Parametrium L	<input type="checkbox"/>	SUB R	<input type="checkbox"/>
Niere/Ureter R	<input type="checkbox"/>	Parametrium R	<input type="checkbox"/>	SRV	<input type="checkbox"/>
Blase	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	Bauchdecke	<input type="checkbox"/>
Uterus	<input type="checkbox"/>	SUB L	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#Enzian (klinisch) (U): O2/1

rASRM:

P O_L 2 O_R 1 T_L T_R
A B_L B_R C
F_A F_B F_I F_U_L F_U_R F

EMPFOHLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

Operative Therapie (nur therapeutisch)	<input checked="" type="checkbox"/>
Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Medikamentöse Schmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.)	<input type="checkbox"/>
Reproduktionsmedizin	<input type="checkbox"/>
Komplementäres Verfahren	<input type="checkbox"/>
AHB oder REHA oder KUR	<input type="checkbox"/>
keine weitere Therapie erforderlich	<input type="checkbox"/>

INTRAOPERATIVE DIAGNOSTIK: (unabhängig ob diagnostisch oder therapeutisch, zutreffendes ankreuzen)**DATUM OP-Visite:****ENDOMETRIOSE**☐ Nein ☐ Ja

						N	J
Peritoneum	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter L	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	1. Operateur:	
Zystisch/ovariell	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter R	<input type="checkbox"/>	SUB L	<input type="checkbox"/>	2. Operateur:	
Adenomyosis	<input type="checkbox"/>	Blase	<input type="checkbox"/>	SUB R	<input type="checkbox"/>	Konversion in Laparotomie?	<input type="checkbox"/>
Tief-infiltrierende (TIE)	<input type="checkbox"/>	Uterus	<input type="checkbox"/>	SRV	<input type="checkbox"/>	Makroskopisch Endometriose Rest	<input type="checkbox"/>
		Parametrium L	<input type="checkbox"/>	Bauchdecke	<input type="checkbox"/>	Histologie entnommen?	<input type="checkbox"/>
		Parametrium R	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Histologisch nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>
						Postoperativ Gespräch mit Operateur	<input type="checkbox"/>
						Postoperative Visite	<input type="checkbox"/>
						Kontakt zu Sozialdienst?	<input type="checkbox"/>
						Rektaler Befund (Intra-operativ)	<input type="checkbox"/>

#Enzian (S):**rASRM:**

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I F_{U_L} F_{U_R} F

VERLAUFSKONTROLLE 1**DATUM (Verlaufskontrolle 1):**☐ ambulant☐ stationär

Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen)	N	J	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZUW nach OP
Kinderwunsch/ Sterilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontrolle unter (kons.) Therapie
Abklärungsbedürftiger Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergebnisbeurteilung
Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
Rezidivfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persistierende Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungsstörung/AUB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KLINISCHE Untersuchung nach OP/kons. Therapie	unauffällig	auffällig	nicht durchgeführt
Spekulum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rektaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)**Endometriose:** ☐ Nein ☐ Ja

Wenn TIE

Peritoneal	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter L	<input type="checkbox"/>	Parametrium L	<input type="checkbox"/>	SUB R	<input type="checkbox"/>
Zystisch/ovariell	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter R	<input type="checkbox"/>	Parametrium R	<input type="checkbox"/>	SRV	<input type="checkbox"/>
Adenomyosis	<input type="checkbox"/>	Blase	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	Bauchdecke	<input type="checkbox"/>
Tief-infiltrierende (TIE)	<input type="checkbox"/>	Uterus	<input type="checkbox"/>	SUB L	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#Enzian (1.

rASRM:

Verlaufskontrolle):

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I FU_L FU_R F

EMPFOLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

Operative Therapie (nur therapeutisch)	<input type="checkbox"/>
Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/>
Medikamentöse Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.)	<input type="checkbox"/>
Reproduktionsmedizin	<input type="checkbox"/>
Komplementäres Verfahren	<input type="checkbox"/>
AHB oder REHA oder KUR	<input type="checkbox"/>

VERLAUFSKONTROLLE 2**DATUM (Verlaufskontrolle 2):**☐ ambulant☐ stationär

Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen)	N	J	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZUW nach OP
Kinderwunsch/ Sterilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontrolle unter (kons.) Therapie
Abklärungsbedürftiger Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergebnisbeurteilung
Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
Rezidivfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persistierende Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungsstörung/AUB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KLINISCHE Untersuchung nach OP/kons. Therapie	unauffällig	auffällig	nicht durchgeführt
Spekulum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rektaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)**Endometriose:** ☐ Nein ☐ Ja

Wenn TIE

Peritoneal	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter L	<input type="checkbox"/>	Parametrium L	<input type="checkbox"/>	SUB R	<input type="checkbox"/>
Zystisch/ovariell	<input type="checkbox"/>	Niere/Ureter R	<input type="checkbox"/>	Parametrium R	<input type="checkbox"/>	SRV	<input type="checkbox"/>
Adenomyosis	<input type="checkbox"/>	Blase	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	Bauchdecke	<input type="checkbox"/>
Tief-infiltrierende (TIE)	<input type="checkbox"/>	Uterus	<input type="checkbox"/>	SUB L	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#Enzian (2.

rASRM:

Verlaufskontrolle):

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I FU_L FU_R F

EMPFOLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

Operative Therapie (nur therapeutisch)	<input type="checkbox"/>
Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/>
Medikamentöse Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.)	<input type="checkbox"/>
Reproduktionsmedizin	<input type="checkbox"/>
Komplementäres Verfahren	<input type="checkbox"/>
AHB oder REHA oder KUR	<input type="checkbox"/>

ERGEBNISBEURTEILUNG(nach 12 Monaten ODER bei Wechsel der Hauptbeschwerde)**DATUM Abschlussvisite:**

	N	J		N	J
Hauptbeschwerde i.d. letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu einem Schmerzzentrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geändert Verbesserung der Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu einem Kinderwunschzentrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientin schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alternativmedizinische Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieempfehlung befolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AHB, Reha, Kur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätkomplikation(nach OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zufriedenheit mit der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebenwirkungen(unter med. Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ☐ ambulant
☐ stationär
☐ telefonisch

KOMMENTAR:**Notizen:**

Dr. Elisabeth Janschek

1. Oberärztin