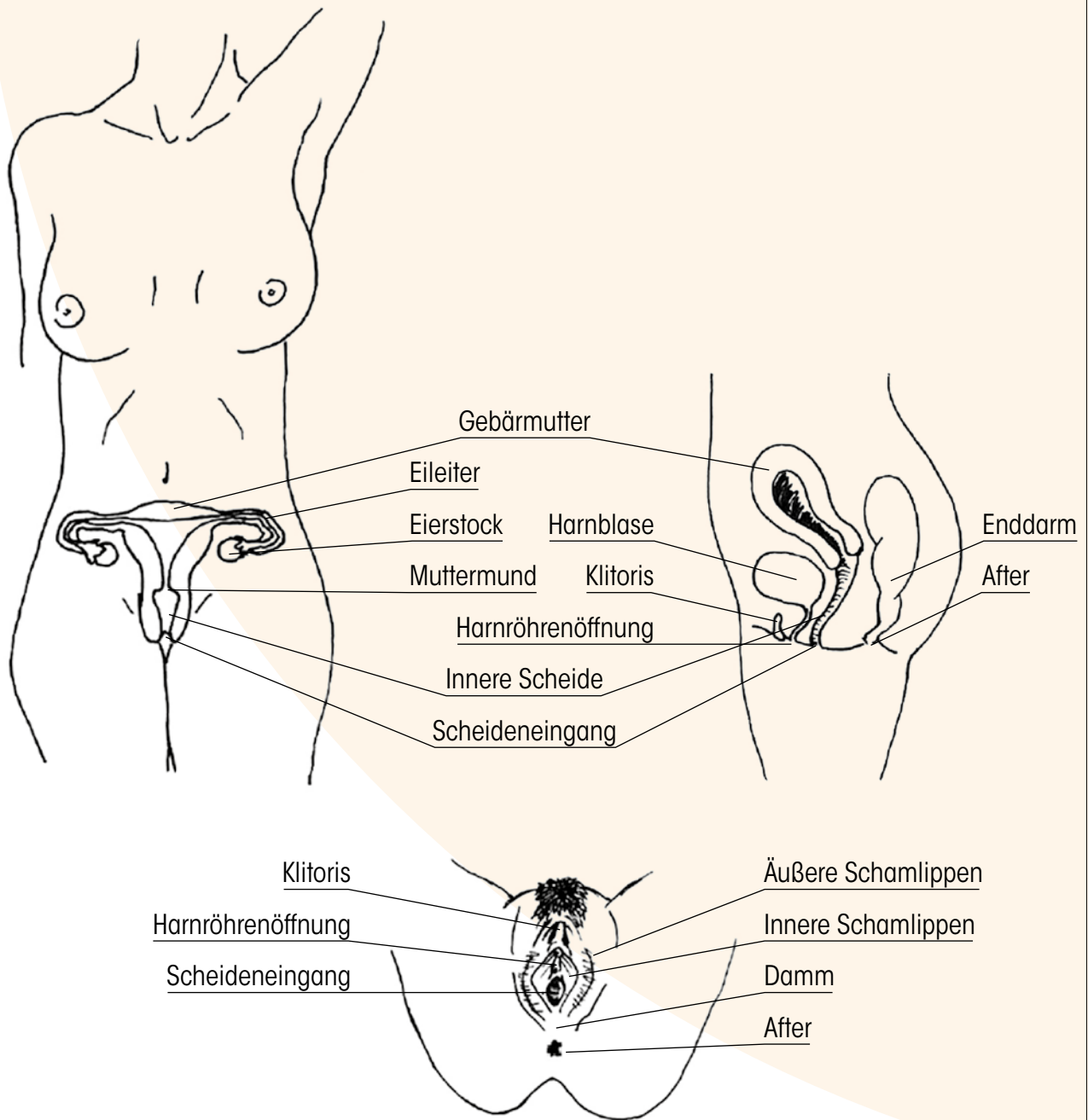


1. Bitte schraffieren Sie die Stellen, wo Sie Schmerzen haben:



2. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

3. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

☐ weniger als 1 Monat

☐ ½ Jahr bis 1 Jahr

☐ 2 bis 5 Jahre

☐ 1 Monat bis ½ Jahr

☐ 1 bis 2 Jahre

☐ mehr als 5 Jahre

4. Wie oft treten die Schmerzen durchschnittlich auf?

☐ mehrfach täglich

☐ mehrfach wöchentlich

☐ mehrfach monatlich

☐ seltener

☐ einmal täglich

☐ einmal wöchentlich

☐ einmal monatlich

5. Wie lange dauern Ihre Schmerzen im Durchschnitt?

☐ Sekunden

☐ Stunden

☐ länger als 3 Tage

☐ Minuten

☐ 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?

☐ Ja

☐ Nein

b. Gehen die Schmerzen mit einem Völlegefühl/Magendruck einher?

☐ Ja

☐ Nein

c. Gehen die Schmerzen mit Übelkeit oder Erbrechen einher?

☐ Ja

☐ Nein

d. Gehen die Schmerzen mit dem Gefühl von (Sod-)brennen einher?

☐ Ja

☐ Nein

e. Gehen die Schmerzen mit einem vorzeitigen Sättigungsgefühl einher?

☐ Ja

☐ 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?

☐ Ja

☐ Nein

b. Gehen die Schmerzen mit Durchfall
(flüssiger und/oder sehr häufiger Stuhlgang) einher?

☐ Ja

☐ Nein

c. Treten die Schmerzen eher im Zusammenhang mit Blähungen
oder einem aufgeblähten Bauch auf?

☐ Ja

☐ Nein

d. Gehen die Schmerzen mit Verstopfung
(harter und/oder sehr seltener Stuhlgang) einher?

☐ Ja

☐ Nein

e. Ist der Stuhlgang von dem Gefühl begleitet nicht ganz entleert zu sein?

☐ Ja

☐ Nein

f. Ist der Stuhlgang manchmal blutig?

☐ Ja

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