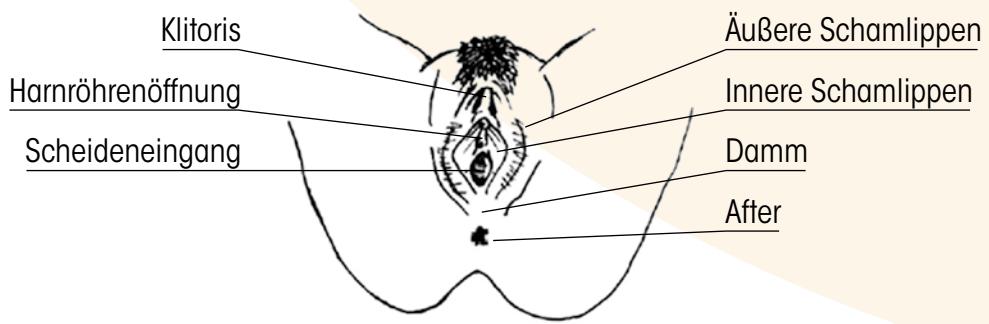
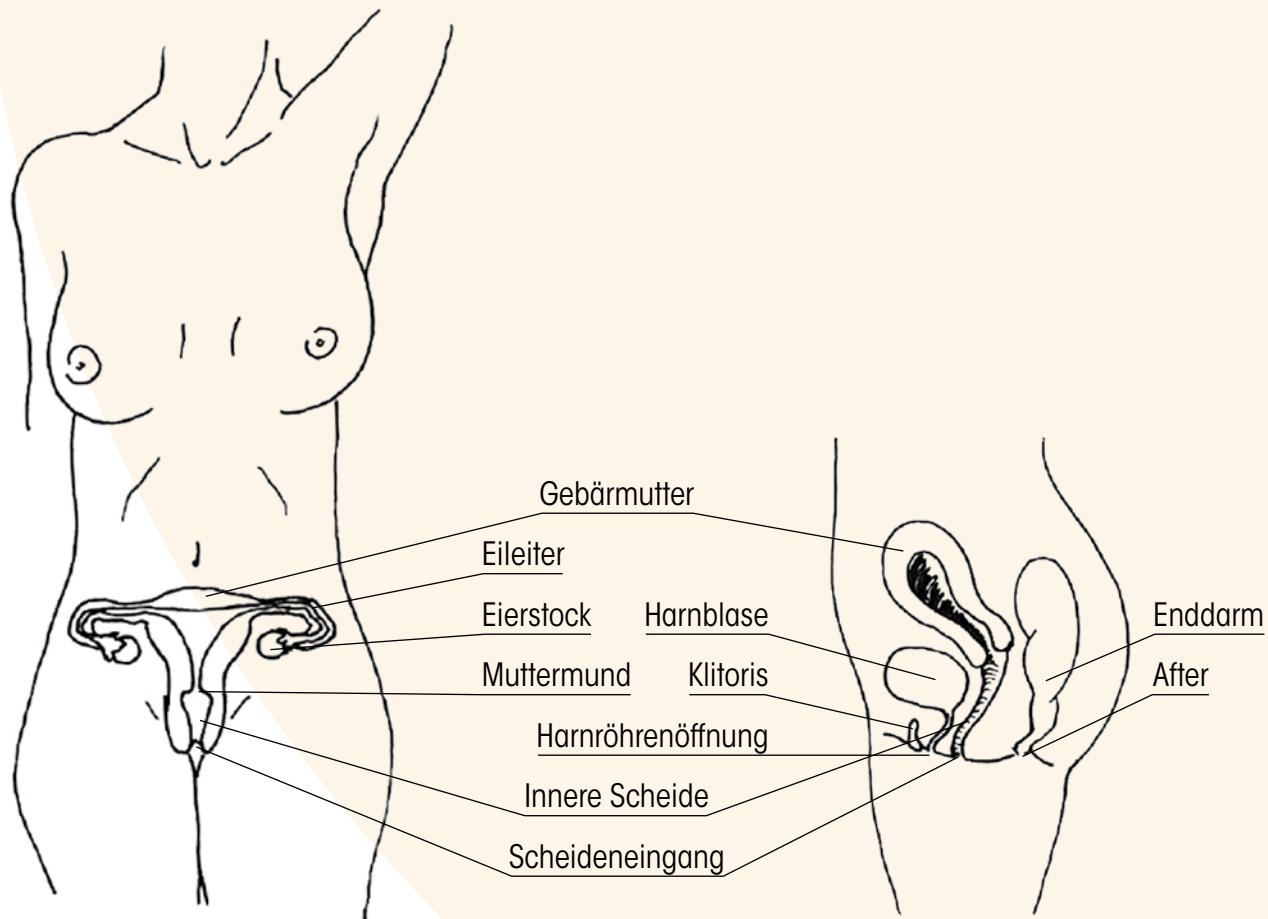


1. Bitte schraffieren Sie die Stellen, wo Sie Schmerzen haben:



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?  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?

---



---



---



---



---