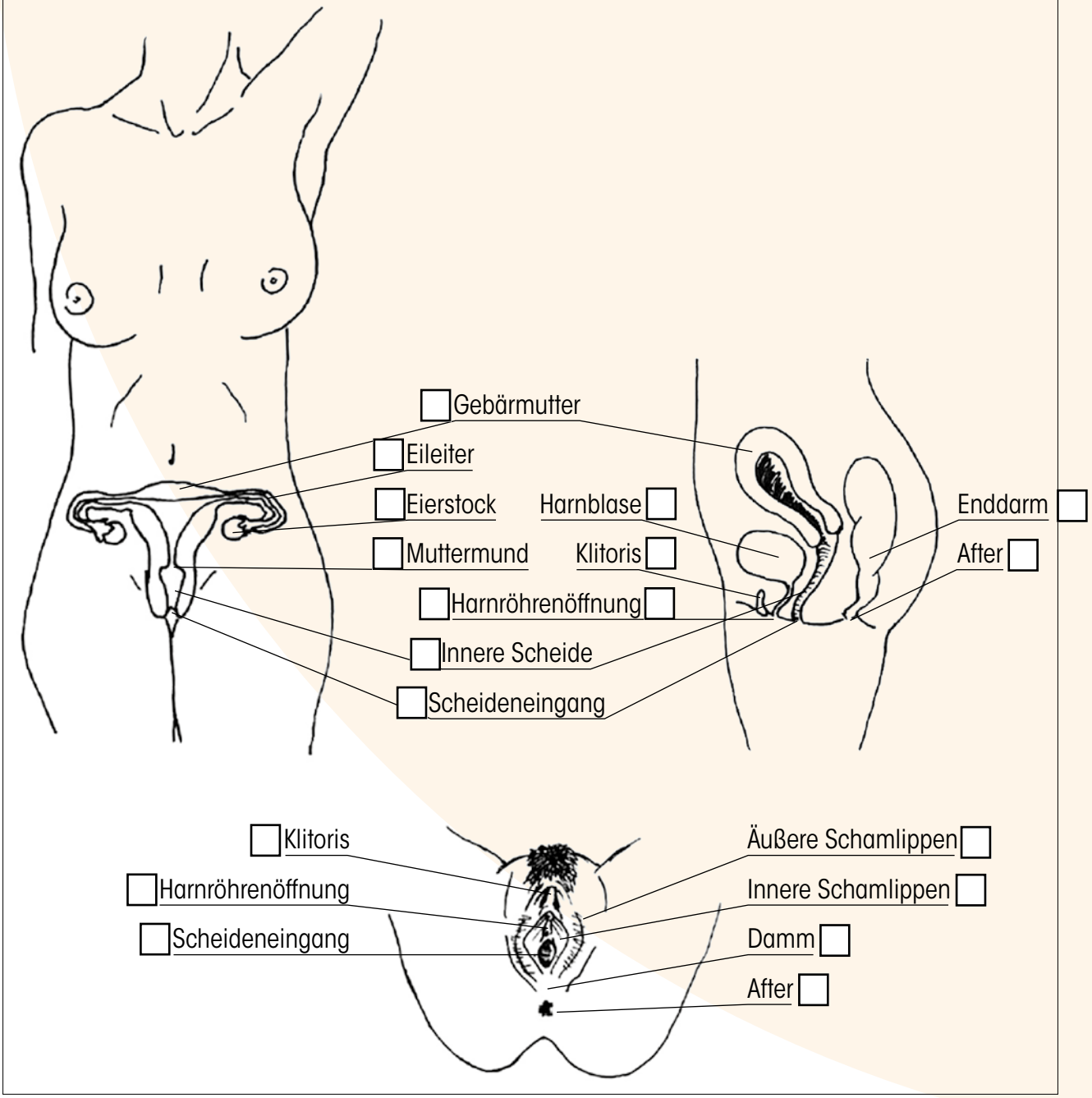
1. Bitte schraffieren Sie die Stellen, wo Sie Schmerzen haben:



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?

_____

_____

_____

_____

_____