



ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG
DEUTSCHLAND E.V.



DER ENDOMETRIOSE- BEHANDLUNGSPASS

Liebe Betroffene,

dieser Behandlungspass wurde entwickelt, um Sie beim Umgang mit Ihrer Endometriose- oder Adenomyose-Erkrankung zu unterstützen. Der Pass soll helfen, den Überblick über Ihre bisherigen Behandlungen, Operationen, Medikamente und Beschwerden zu behalten. Gleichzeitig dient er als Informationsquelle für alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten – insbesondere dann, wenn Sie verschiedene Einrichtungen aufsuchen.

Darüber hinaus enthält der Pass auch Elemente, die Sie zur Reflexion anregen können: Wie verändern sich Ihre Beschwerden? Was hilft Ihnen? Diese Momente der Selbstbeobachtung können helfen, Ihre Erfahrungen bewusster wahrzunehmen und aktiv in Gespräche mit dem Behandlungsteam einzubringen. Auf diese Weise fördert der Pass nicht nur die medizinische Dokumentation, sondern auch Ihre Eigenbeteiligung und Selbstbestimmung im Umgang mit der Erkrankung.

Bitte bringen Sie diesen Pass zu Ihren medizinischen Terminen mit und bitten Sie die Behandelnden, wichtige Einträge zu ergänzen. Der Pass gehört Ihnen – Sie entscheiden, was Sie dort dokumentieren und wem Sie Einblick geben.



Wo dieses Symbol erscheint, ist Ihre Mitwirkung gefragt → bitte füllen Sie die entsprechenden Seiten aus oder nutzen Sie die Möglichkeit zur Reflexion.

Liebes Fachpersonal,

der vorliegende Behandlungspass für Endometriose- und Adenomyose-Betroffene dient der strukturierten Dokumentation des individuellen Krankheitsverlaufs sowie der durchgeführten diagnostischen, operativen und therapeutischen Maßnahmen. Ziel ist es, eine bessere interdisziplinäre Kommunikation, eine Verlaufsdarstellung und eine kontinuierliche Begleitung über verschiedene Behandlungsstationen hinweg zu ermöglichen.

→ Ab **Seite 8** finden Sie eine Übersicht der Behandlungshistorie.

→ Ab **Seite 36** haben Sie die Möglichkeit, Untersuchungen zu dokumentieren.

Bitte tragen Sie relevante medizinische Informationen prägnant und gut lesbar in die jeweiligen Tabellen oder Freitextfelder ein.

Bitte berücksichtigen Sie, dass der Pass auch ein Instrument zur Aktivierung darstellt. Freiräume zur Eigenreflexion oder zur Beschreibung individueller Erfahrungen sollen die Betroffenen befähigen, aktiv am Behandlungsprozess teilzunehmen.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung einer multidisziplinären und individuellen Begleitung.



Dieses Symbol kennzeichnet Stellen, an denen Sie Angaben als medizinische oder therapeutische Fachperson **ergänzen sollen**.



Basisdaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Körpergröße und Gewicht:	____ cm und ____ kg

Alter bei erster Menstruationsblutung:

____ Jahre Unbekannt

Ist die Menstruationsblutung regelmäßig (alle 25-35 Tage)?

Ja, alle ____ Tage. Nein Unbekannt

Wie lange dauert die Menstruationsblutung?

____ Tage Unbekannt

Wie ist die Stärke der Menstruationsblutung?

- Stark (Wechsel alle 1-2 Stunden nötig.)
 Mittel Schwach Keine Blutung

Waren Sie jemals schwanger? (inklusive Geburten, Fehlgeburten, Schwangerschaften außerhalb der Gebärmutter und Schwangerschaftsabbrüche)

- Ja Nein Unbekannt

falls ja, insgesamt ____ Schwangerschaften
 ____ Fehlgeburten
 ____ Geburten
 ____ vaginale Geburten / ____ Kaiserschnitte

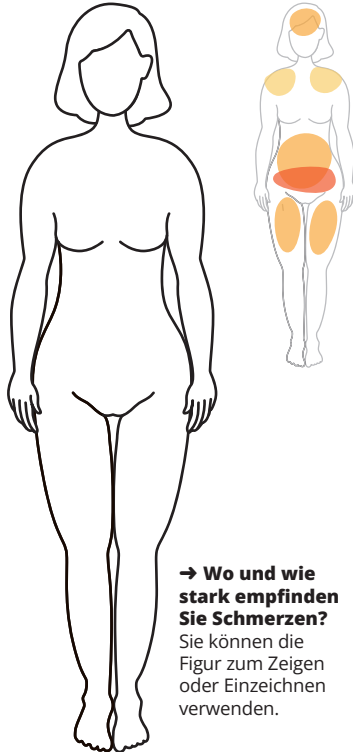
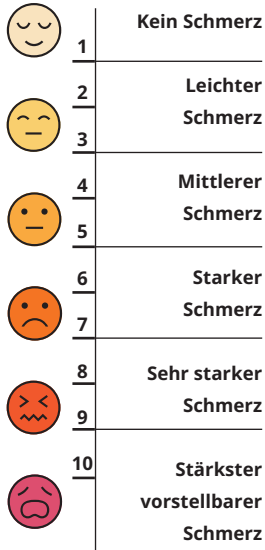
Bekannte Erkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten:



Symptome und Beschwerden

Die Symptome und Beschwerden bei Endometriose können sehr unterschiedlich sein und sich im Laufe der Zeit verändern. Bei jeder Untersuchung werden diese im Gespräch (Anamnese) erfasst. Hier können Sie festhalten, wo und in welcher Stärke Sie Ihre Beschwerden überwiegend wahrnehmen.

→ Eine Schmerzskala kann im Gespräch helfen, die Schmerzen zu beschreiben.



→ Wo und wie stark empfinden Sie Schmerzen?
Sie können die Figur zum Zeigen oder Einzeichnen verwenden.



Beschreiben Sie kurz in eigenen Worten, wie sich Endometriose auf Ihren Alltag auswirkt:



Schmerztagebuch: Mithilfe eines Symptomtagebuchs können Schmerzen anhand einer detaillierten **Schmerzskala** sowie weitere **körperliche und psychische Beschwerden** in einer Übersicht notiert werden.





Behandlungshistorie

Die Dokumentation der individuellen Behandlungshistorie ermöglicht einen strukturierten Überblick über Diagnosen, Therapien, Behandlungsansätze und deren Wirkung – und bildet damit eine wesentliche Grundlage für eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung.

Für eine schnelle Übersicht findet sich auf den **Seiten 10-13** eine chronologische Übersicht der Therapien. Ausführliche Details dazu folgen auf den entsprechenden Seiten:

- Seite 14** → Hormonelle Therapie
- Seite 18** → Schmerztherapie
- Seite 20** → Operative Therapie
- Seite 22** → Rehabilitation
- Seite 24** → Psychologische / psychotherapeutische Unterstützung
- Seite 26** → Ernährung
- Seite 28** → Physiotherapie
- Seite 30** → Komplementäre Verfahren
- Seite 32** → Kinderwunschbehandlung



Wenn es Ihnen schwerfällt, diese Bereiche allein zu erfassen, **bitten Sie eine Behandlungsperson Ihres Vertrauens um eine gemeinsame Eintragung.**

Beispiel einer Behandlungshistorie: Ein Beispiel, wie Sie Ihre Behandlungsgeschichte auf den nächsten Seiten zusammenfassen können.

Datum / Zeitraum	Behandlung	Ergebnis / Verlauf	Anmerkungen
01/2020	Vorstellung im Endometriose-Zentrum XY	V.a. Endometriose, Rat Laparoskopie Konservative Therapie angeboten	Hormoneinnahme abgelehnt
04/2020	OP: Laparoskopie, Komplettsanierung	#ENZIAN P2, A1, FA Histo: Endometriose	Bericht liegt vor Schmerzbesserung nach der OP für 6 Monate
10/2020-04/2021	Hormontherapie Gestagen im Langzeitzyklus	Nicht blutungsfrei Schmerzverbesserung gering	Depressive Verstimmung Wegen Nebenwirkungen nach 6 Monaten abgesetzt
05/2021-04/2023	Physiotherapie, Ernährungsanpassung	Temporäre Schmerzbesserung Symptome wieder stärker geworden	Lebensstilumstellung
05/2022	OP: Laparoskopie, Adhäsionslösung	#ENZIAN P1, T0+/-0 Histo: Endometriose	Prüfung Eileiterdurchgängigkeit, Kinderwunsch
06/2022	AHB		Verbesserung der Selbstfürsorge



Meine Behandlungshistorie

Datum / Zeitraum	Behandlung	Ergebnis / Verlauf	Anmerkungen



Meine Behandlungshistorie

Datum / Zeitraum	Behandlung	Ergebnis / Verlauf	Anmerkungen



Hormonelle Therapie

Zeitraum	Präparat	Wie wird es eingenommen?	Verträglichkeit	Wirkung
06/2021-07/2024 (Beispiel-eintrag)	Maxime	<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input checked="" type="checkbox"/> Pause alle <u>3</u> Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input checked="" type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres: <i>Akne</i>	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input checked="" type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig
		<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input type="checkbox"/> Pause alle ____ Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres:	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig
		<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input type="checkbox"/> Pause alle ____ Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres:	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig



Hormonelle Therapie

Zeitraum	Präparat	Wie wird es eingenommen?	Verträglichkeit	Wirkung
		<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input type="checkbox"/> Pause alle ____ Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres:	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig
		<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input type="checkbox"/> Pause alle ____ Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres:	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig
		<input type="checkbox"/> Zyklisch (21 Tage, 7 Tage Pause) <input type="checkbox"/> Ohne Pause <input type="checkbox"/> Pause alle ____ Monate	<input type="checkbox"/> Gute Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Libidoverlust Weiteres:	<input type="checkbox"/> Blutungsfrei <input type="checkbox"/> Schmerzfrei <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> Weiterhin Schmerzen <input type="checkbox"/> Nur bei Blutung <input type="checkbox"/> Unregelmäßig



Schmerztherapie

Zeitraum	Präparat	Dosierung	Einnahmetage pro Monat	Wirkung
06-08/2020 <i>(Beispiel- eintrag)</i>	Ibuprofen	3 x 600mg pro Tag	4	<input checked="" type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung
				<input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung
				<input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung
				<input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung
				<input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung
				<input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit <input type="checkbox"/> Schmerzbesserung <input type="checkbox"/> keine Verbesserung



Operative Therapie

Monat / Jahr	Klinik	Eingriff	#ENZIAN	Histologie	Anmerkungen (z. B. Komplikationen)
07/2022 <i>(Beispiel- eintrag)</i>	XY Klinikum	Laparoskopie Komplettsanierung	P3, A1, FA	Endometriose	OP-Bericht liegt vor



Rehabilitation

Zeitraum	Einrichtung	Maßnahmen / Anwendungen	Anmerkungen
11/2024-12/2024 <i>(Beispiel-eintrag)</i>	Reha-Einrichtung XY	Manuelle Therapie, Gesprächsgruppen, Wärmeanwendung	Selbstmanagementtechniken erlernt und im Alltag integriert



Psychologische / psychotherapeutische Unterstützung*

Zeitraum	Praxis / Klinik	Therapieform	Anmerkungen
02/2025-09/2025 <i>(Beispiel-eintrag)</i>	Praxis XY	Sexualtherapie	Einige Sitzungen haben als Paartherapie stattgefunden



Ernährung*

Zeitraum	Was haben Sie angewandt?	Haben Sie Ihrer Ernährung etwas hinzugefügt oder weggelassen?	Wirkung	Anmerkungen
03/2025-09/2025 <i>(Beispiel-eintrag)</i>	<i>Nahrungsergänzungsmittel eingenommen</i>	<i>Täglich Vitamin E, Vitamin C (100mg) und Vitamin D (800mg)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	<i>Schmerzverbesserung ab dem 2. Zyklus bemerkt</i>
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	



Physiotherapie

Zeitraum	Praxis	Maßnahme	Wirkung	Anmerkungen
01/2025-03/2025 <i>(Beispiel-eintrag)</i>	Praxis XY	Elektrotherapie (TENS)	<input checked="" type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	<i>Aufgrund von fehlender Verordnung nicht weiter durchgeführt</i>
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	



Komplementäre Verfahren*

Zeitraum	Praxis	Verfahren	Wirkung	Anmerkungen
11/2024-01/2025 <i>(Beispiel-eintrag)</i>	Praxis XY	Akupunktur	<input type="checkbox"/> Positiv <input checked="" type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	8 Sitzungen, 1x wöchentlich. Angepasst an Zyklus. Keine Veränderungen wahrnehmbar
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	
			<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Negativ	



Kinderwunschbehandlung

Zeitraum	Klinik / Praxis	Verfahren	Ergebnis	Anmerkungen
11/2024-01/2025 <i>(Beispiel- eintrag)</i>	Kinderwunschzentrum XY	1 x IVF	1X Schwangerschaft mit frühem Abort	1 befruchtete Eizelle eingefroren, zweiter Transfer vsl. 03/2025



Das hilft mir

Nutzen Sie diesen Bereich, um alles festzuhalten, was Ihnen im Umgang mit Ihrer Erkrankung hilft. Das können Strategien zur Schmerzbewältigung, unterstützende Rituale, persönliche Erfahrungen oder auch Tipps aus der Therapie sein. Ihre Notizen können auch im Gespräch mit Behandelnden oder Begleitpersonen nützlich sein.



Dokumentation von Untersuchungen

Die folgenden Blankoseiten dienen der stichpunktartigen Dokumentation einzelner Untersuchungen. Sie sind als verkürzte Form eines Arztbriefes gedacht und ermöglichen eine strukturierte Übersicht über die wesentlichen Befunde, Maßnahmen und Empfehlungen im Behandlungsverlauf.

→ **Bitten Sie die Behandlungsperson zum Abschluss des Gesprächs oder der Untersuchung, eine solche Seite auszufüllen.**



Wie führe ich ein gutes Gespräch mit meiner Ärztin oder meinem Arzt?



Eine **gute Kommunikation** zwischen Behandelnden und Betroffenen ist entscheidend für **gemeinsame Therapieentscheidungen**.

Das **Faltblatt zum Thema von der Endometriose-Vereinigung** unterstützt dabei, sich auf das Gespräch vorzubereiten, gibt hilfreiche Tipps zur Gesprächsführung und stärkt die aktive Rolle in der Behandlung.

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose | |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle/ Nachsorge | <input type="checkbox"/> Auffälliger Befund | <input type="checkbox"/> Kinderwunschuntersuchung |

Untersuchung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transvaginaler Ultraschall | <input type="checkbox"/> Tastuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Spekulum | <input type="checkbox"/> MRT |

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestagen-Therapie | <input type="checkbox"/> kombinierte orale Kontrazeptiva |
| <input type="checkbox"/> GnRH-Analoga | <input type="checkbox"/> GnRH-Antagonisten |

Weiterleitung:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Operative Fragestellung | <input type="checkbox"/> Kinderwunschbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergänzende Verfahren |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |

Arztbrief erhalten?:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja (direkt nach Vorstellung) |
| <input type="checkbox"/> Nein (wird im Nachgang zugestellt) |

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang gestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang gestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang gestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang gestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang zugestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang zugestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang zugestellt)

Datum:

Praxis / Klinik:

Grund der Vorstellung:

- Schmerzen andere Beschwerden in Verbindung mit Endometriose und / oder Adenomyose
- Kontrolle/ Nachsorge Auffälliger Befund Kinderwunschuntersuchung

Untersuchung:

- Transvaginaler Ultraschall Tastuntersuchung
- Spekulum MRT

Diagnose:

#ENZIAN P__ O__ / __ T__ / __ A__ B__ / __ C__ F__

Therapieempfehlung:

- Gestagen-Therapie kombinierte orale Kontrazeptiva
- GnRH-Analoga GnRH-Antagonisten

Weiterleitung:

- Operative Fragestellung Kinderwunschbehandlung Ergänzende Verfahren
- Schmerztherapie Physiotherapie Psychotherapie

Arztbrief erhalten?:

- Ja (direkt nach Vorstellung)
- Nein (wird im Nachgang zugestellt)



Raum für Gedanken

Auf den folgenden Seiten haben Sie Raum, um eigene Gedanken, Beobachtungen und Erfahrungen festzuhalten – sei es zu Symptomen, Therapieverläufen, Fragen an Ihr Behandlungsteam oder allem, was Ihnen im Umgang mit der Erkrankung wichtig erscheint.

Angebote der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

Auf der Webseite www.endometriose-vereinigung.de erhalten Sie zahlreiche weiterführende Informationen zu Endometriose.



Vereinbaren Sie einen Termin zur kostenfreien Endometriose-Beratung per Telefon oder Video. →



Finden Sie eine Endometriose-Einrichtung in Ihrer Nähe. →



Geben Sie anonym Feedback zu Ihrer Endometriose-Behandlung →



Werden Sie Mitglied in der Endometriose-Vereinigung Deutschland, der Gemeinschaft von Betroffenen für Betroffene. →



Danksagung

Der Endometriose-Behandlungspass wurde gemeinsam mit **Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner** (Leiterin des Endometriose-Zentrums) und **Lena Hofmann** (Endometriose-Nurse) an der Charité - Universitätsmedizin Berlin entwickelt. Für die wertvolle fachliche Unterstützung und Zusammenarbeit sprechen wir unseren herzlichen Dank aus.

Bereits 1996 hat **Petra Mück** als Gründungsmitglied der Endometriose-Vereinigung Deutschland eine erste Auflage eines Behandlungspasses erarbeitet. Diese frühe Initiative hat den Grundstein für die hier vorliegende Version gelegt. Wir danken ihr herzlich dafür, dass wir diese Idee aufgreifen und weiterentwickeln konnten.

Ebenso danken wir der **DAK-Gesundheit** für die Ermöglichung im Rahmen der Selbsthilfeförderung.

Die **Endometriose-Vereinigung Deutschland** ist für die Inhalte verantwortlich. Etwaige Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen sind hieraus nicht ableitbar.




ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG
DEUTSCHLAND E.V.

Impressum

Herausgeberin:
Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.
Bernhard-Göring-Str. 152, 04277 Leipzig

www.endometriose-vereinigung.de
info@endometriose-vereinigung.de

Redaktion: Diana Eichhorn und Lena Hofmann
Gestaltung: Luise Eva Maria Oppelt
Druck: Onlineprinters

Urheberrecht: Der Nachdruck, die Vervielfältigung oder die elektronische Verwendung dieser Broschüre oder von Teilen daraus ist nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeberin gestattet.

Haftungsausschluss: Die Inhalte wurden sorgfältig recherchiert und erarbeitet. Dennoch haftet die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. nicht für die Angaben in dieser Broschüre.

2. Auflage Stand der Informationen: März 2026

Meine typischen Beschwerden:

- Starke Unterbauch- / Beckenschmerzen
- Übelkeit / Kreislaufprobleme
- Erschöpfung / Kreislaufkollaps bei Schmerzattacken
- Allergien: _____
- _____

Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt:

Name / Einrichtung (bei akuten Beschwerden bitte kontaktieren)

Der **Notfallpass** ist ein Dokument für Betroffene – besonders bei akuten Schmerzen, in der Notaufnahme oder unterwegs. Er kann an der markierten Linie ausgeschnitten werden und eignet sich zum Mitführen im Portemonnaie.



Besuch uns auf Social Media:
→ **Endometriose-Vereinigung**



Ich habe Endometriose / Adenomyose.



Name

Geburtsdatum

Adresse

Notfallkontakt / Telefonnummer