

# Terminvereinbarung im Universitäts-Endometriosezentrum Franken

Universitäts-Endometriosezentrum Franken und  
 Universitäts-Fortpflanzungszentrum Franken  
 Universitätsstraße 21/23  
 91054 Erlangen

## Kontakt für Terminvergabe (Terminvergabe nur nach Absprache):

Telefon: 09131 85-33524

Fax: 09131 85-33545

Erreichbarkeit:

Montag, Dienstag und Donnerstag: 9.30 – 15.00 Uhr

Mittwoch und Freitag: 9.00 -- 14.00 Uhr

### Patientinnendaten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

	Ja	Nein	Unbekannt
(Verdacht auf) <b>tiefe Endometriose</b> mit Organbeteiligung und klinisch auffälligem Untersuchungsbefund (Tastuntersuchung, Sonographie) (z. B. Darmendometriose, Harnblasenendometriose, Ureterendometriose, Sektionarbe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Verdacht auf) <b>Endometriom?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei der Patientin ein Kinderwunsch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wurde</b> bereits eine <b>hormonelle Therapie</b> (für > 3 Monate) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wird</b> aktuell eine <b>hormonelle Therapie</b> (seit > 3 Monaten) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine regelmäßige <b>Schmerzmittleinnahme</b> nötig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei der Patientin eine Operation mit dem Nachweis einer Endometriose durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar:

---