



CannabisEM → base

07.07.2022, 13:53

INO1

Sehr geehrte Studieninteressierte,

Endometriose (EM) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung, von der ca. 10% der Frauen im reproduktionsfähigem Alter betroffen sind, also etwa 2 Millionen Menschen in Deutschland und 270 Millionen weltweit. EM ist durch das Wachstum von uterus-schleimhautähnlichen Zellverbänden außerhalb der Gebärmutterhöhle charakterisiert. Häufige Symptome sind wiederkehrende oder chronische Schmerzen, übermäßige Erschöpfung und Fruchtbarkeitsprobleme, welche die psychische Gesundheit, Sexualität, Arbeitsfähigkeit und allgemeine Lebensqualität der Patient*innen erheblich beeinträchtigen. Bis heute gibt es keine kausale Therapie.

Die Erkrankung Endometriose wird häufig mit Schmerzmitteln behandelt, aber auch mit nicht-pharmakologischen, also komplementären Verfahren. Wir sind an Ihren Erfahrungen zur Selbstbehandlung interessiert. Dabei interessieren uns die Einnahme von Schmerzmitteln, aber auch andere Maßnahmen wie das Erlernen von Entspannungstechniken, Yoga-Übungen, Atemtechniken oder Ernährungsumstellungen, genauso wie die Verwendung von Alkohol oder Cannabis. Wir möchten untersuchen, wie Menschen mit Endometriose versuchen, ihre Schmerzen zu lindern und welche Erfahrungen sie damit haben.

Die folgenden Informationen sollen Sie über das Forschungsprojekt informieren und Ihnen helfen, sich zu entscheiden, ob Sie daran teilnehmen möchten. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese Informationen aufmerksam zu lesen.

Was ist das Ziel dieses Forschungsprojektes?

In einem umfassenden und ganzheitlichen Fragebogendesign wird in diesem Projekt die Stärke von Endometriose-assoziierten Schmerzen unter Einsatz unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen (sowohl pharmakologisch als nicht-pharmakologisch) untersucht. Die Erhebung dieser Daten gibt uns Einblicke in Ihren Bedarf und lässt uns an Ihren Erfahrungen teilnehmen. So können wir künftige Therapiestrategien besser an Ihre Bedürfnisse anpassen.

Beruhet die Teilnahme an dem Forschungsprojekt auf Freiwilligkeit?

Ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt beruht auf Freiwilligkeit. Falls Sie nicht teilnehmen möchten, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile. Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 15 bis 40 Minuten in Anspruch.

Was passiert, wenn ich an diesem Forschungsprojekt teilnehme?

Wenn Sie auf "Ja" für Ihre Einwilligung klicken, werden Sie automatisch zum Online-Fragebogen weitergeleitet.

Was sind mögliche Risiken und Vorteile, falls ich an dem Forschungsprojekt teilnehme?

Es entstehen keine Risiken für Sie durch die Teilnahme an der Studie. Die Teilnahme hat keinen Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung. Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt werden Ihnen keine Kosten entstehen.

Ihre Teilnahme kann weiterhin dazu beitragen, dass in Zukunft bessere Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Endometriose zur Verfügung stehen.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Im Rahmen unserer Umfrage erheben und verarbeiten wir personenbezogene Daten, wie z.B. Informationen über Alter, Geschlecht, Angaben zu Schulausbildung und Berufstätigkeit, Familiengröße, chronische Erkrankungen, ohne aber den Namen oder eindeutige Bezugsgrößen zu erheben, die einen unmittelbaren Bezug zu Ihrer Person ermöglichen. Die Teilnahme an dieser Umfrage erfolgt ohne die Nennung Ihres Namens oder Daten, die eine Identifikation ermöglichen. Eine Registrierung über das Online-Portal ist für die Teilnahme nicht erforderlich. Sofern es sich aufgrund der spezifischen Antworten um personenbeziehbare Daten handelt, werden wir diese vertraulich behandeln.

Grundsätzlich können aufgrund der Anonymität der Umfrage und mangels Personenbeziehbarkeit/ Rückverfolgbarkeit die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf nicht geltend gemacht werden. Sollte jedoch im Einzelfall aufgrund der Beantwortung der Fragen ein Rückschluss auf Ihre Identität möglich sein, steht Ihnen das Fragerecht und das Beschwerderecht zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass die Ergebnisse der Studie in der medizinischen Fachliteratur veröffentlicht werden können, wobei Ihre Identität jedoch nicht bekannt wird, weil wir die personenbeziehbaren Daten entfernen.

Die gesammelten Daten und Ergebnisse werden für einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren vom Klinikum aufbewahrt werden. Sie dürfen von spezialisierten Dienstleistern in gesicherten Bereichen aufbewahrt bzw. gespeichert werden entsprechend den Datenschutzgesetzen. Die im Rahmen dieses Forschungsprojektes erhobenen Daten werden eventuell für zukünftige Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Endometriose verwendet und nicht ohne Ihre gesonderte Einwilligung in ein Drittland ohne angemessenes Datenschutzniveau weitergeben. Sie können sich über Nachfragen bei der Studienleitung über die Verwendung Ihrer Daten aktuell informieren.

Im Falle von Fragen oder Anmerkungen, wenden Sie sich gerne an: die Studienleitung, die die für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle darstellt:

Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner
Abteilung für Gynäkologie
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Tel: 0049 30 450 664866
E-mail: sylvia.mechsner@charite.de

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an die Stabsstelle Datenschutz der Charité wenden:

Stabsstelle Datenschutz
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Telefon: 030 450580016

E-Mail: datenschutz@charite.de

Für den Fall, dass Sie eine Datenverarbeitung für rechtswidrig halten, haben Sie neben der Inanspruchnahme gerichtlicher Hilfe die Möglichkeit, Beschwerde einzureichen bei der für die Charité Universitätsmedizin Berlin zuständigen Aufsichtsbehörde. Dies ist die

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Friedrichstraße 219, 10969 Berlin.

Telefon: +49 30 13889-0

Fax: +49 30 2155050

E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

Bleibt meine Teilnahme an dem Forschungsprojekt vertraulich?

Ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt wird vertraulich behandelt. Im Rahmen des Forschungsprojektes werden besondere Sicherheitsmaßnahmen ergriffen, um einen unerlaubten Zugriff auf Ihre Daten zu verhindern. Ihre Daten werden nur pseudonymisiert verwendet und können so Ihrer Person nicht zugeordnet werden. Auch die im Rahmen des Forschungsprojektes gewonnenen Ergebnisse weisen keinen Bezug zu Ihrer Person auf. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden nicht in Ihre Krankenakte am Klinikum aufgenommen und werden nicht an Ihre Ärzt*innen oder Ihre Krankenkasse weitergegeben.

Werde ich über die Ergebnisse des Forschungsprojektes informiert?

Das Forschungsprojekt dient der Evaluation von komplementären und gängigen Therapieverfahren, die von Menschen mit Endometriose angewandt werden. Dies ist ein langwieriger Prozess. Die im Rahmen des Forschungsprojektes gewonnenen Ergebnisse sind grundlegender Natur. Sie werden sehr wahrscheinlich keine Erkenntnisse liefern, die einen unmittelbaren Einfluss auf Entscheidungen über Ihre jetzige Behandlung haben. Sie werden daher nicht über die Ergebnisse informiert.

Was passiert mit den Ergebnissen des Forschungsprojektes und habe ich einen kommerziellen Vorteil?

Die Ergebnisse oder Teile davon können in wissenschaftlichen Zeitschriften, Büchern oder auf Kongressen veröffentlicht werden. Die Veröffentlichungen und Berichte werden keinen Bezug zu Ihrer Person enthalten.

Das Klinikum darf die Ergebnisse wirtschaftlich nutzen, wie z.B. für die Entwicklung von medizinischen Tests, Therapien und Diagnoseverfahren.

Aus der Bereitstellung und Verwendung Ihrer pseudonymisierten Daten bzw. aus der wirtschaftlichen Nutzung der erzielten Ergebnisse oder der entwickelten pharmazeutischen und diagnostischen Produkte entstehen für Sie keine finanziellen oder anderweitigen Ansprüche. Ihnen entstehen keine Kosten und Sie erhalten keine finanzielle Aufwandsentschädigung für Ihre Teilnahme.

Kann ich die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt widerrufen?

Ihre Einwilligung zur Überlassung der Daten ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dem Forschungsprojekt beenden. Dies hat keinerlei Auswirkung auf Ihre medizinische Behandlung. Aufgrund der Anonymität der Umfrage und mangels Personenbeziehbarkeit/Rückverfolgbarkeit können die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf nicht geltend gemacht werden.

Versicherung

Für diese Studie wurde keine spezielle Versicherung für die Studienteilnehmer*innen abgeschlossen. Die an der Studie beteiligten Mitarbeiter*innen der Charité (Studienärzt*innen, Studienpfleger*innen) sind durch die Betriebshaftpflichtversicherung der Charité gegen Haftpflichtansprüche, welche aus ihrem schuldhaften Verhalten resultieren könnten, versichert.

Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner
Studienleiterin

Prof. Dr. med. Jalid Sehouli
Leiter der Klinik für Gynäkologie

KONTAKTADRESSEN:

Studienleiterin Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner

Abteilung für Gynäkologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany

Tel: 0049 30 450664866, e-mail: sylvia.mechsner@charite.de

Einverständniserklärung

Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene insbesondere auch sensible Daten zu Gesundheit, Geschlecht, Alter, Familienstand und Bildungsabschluss verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) die Abgabe folgender Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde anhand des Informationsblattes ausführlich und verständlich darüber aufgeklärt, dass meine in der Studie erhobenen Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit und mein Geschlecht, Alter, Familienstand und Bildungsabschluss sowie Informationen über meine Gesundheit zu den in dem Informationsblatt zur Studie beschriebenen Zwecken erhoben und in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form veröffentlicht werden dürfen und dass bei medizinischen Journalen die Datensätze ohne Pseudonym hinterlegt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass eine Rückverfolgung der Datenverarbeitung ausgeschlossen ist, sodass ich meine Rechte auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung nicht mehr durchsetzen kann. Außerdem kann ich Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde einlegen.

Der Anonymisierung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Veröffentlichung oder Weitergabe an Kooperationspartner stimme ich zu.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann und dass der Widerruf die Rechtmäßigkeit der bereits erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat zudem keine Auswirkungen, sollte hierdurch die Durchführung des Forschungsvorhabens unmöglich oder ernsthaft beeinträchtigt werden. Eine Ausfertigung der Informationen und der Einwilligungserklärung kann ich jederzeit unter <https://.....>

- Ja, ich möchte an der Befragung teilnehmen, bin über 18 Jahre alt und bin damit einverstanden, dass meine Daten
- in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. (leitet weiter zum Beginn des Fragebogens)
 - Nein, ich möchte an der Befragung nicht teilnehmen.

1 aktive(r) Filter

Filter IN02/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**

Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text **IN03** anzeigen und das Interview beenden

1. Wie alt sind Sie?

SD02

Ich bin Jahre**2. In welchem Land leben Sie derzeit?**

SD07

- Deutschland
 Österreich
 Schweiz

3. Welches ist der höchste Bildungsabschluss, den Sie haben?

SD10

- Noch Schülerin
 Schule beendet ohne Abschluss
 Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
 Realschulabschluss (Mittlere Reife)
 Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
 Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)
 Hochschulabschluss
 Anderer Schulabschluss:

4. Welchen beruflichen Bildungsabschluss haben Sie?

SD12

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss
 Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre
 Teilfacharbeiterabschluss
 Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre
 Abgeschlossene kaufmännische Lehre
 Berufliches Praktikum, Volontariat
 Berufsfachschulabschluss
 Fachschulabschluss
 Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
 Fachhochschulabschluss
 Hochschulabschluss
 Anderer Abschluss, und zwar:

SD13

5. Sind Sie momentan erwerbstätig?

- Ja, ich bin erwerbstätig.
- Nein, ich bin arbeitslos.
- Nein, ich bin Rentnerin.
- Nein, ich bin Hausfrau.
- Nein, ich bin nichts von alledem.

6. Wie hoch ist ungefähr Ihr monatliches Nettoeinkommen?

SD16

Gemeint ist der Betrag, der sich aus allen Einkünften zusammensetzt und nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungen übrig bleibt.

- Ich habe kein eigenes Einkommen
- unter 500 €
- 500 € bis unter 1000 €
- 1000 € bis unter 1500 €
- 1500 € bis unter 2000 €
- 2000 € bis unter 2500 €
- 2500 € bis unter 3000 €
- 3000 € oder mehr

7. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachantwort möglich)

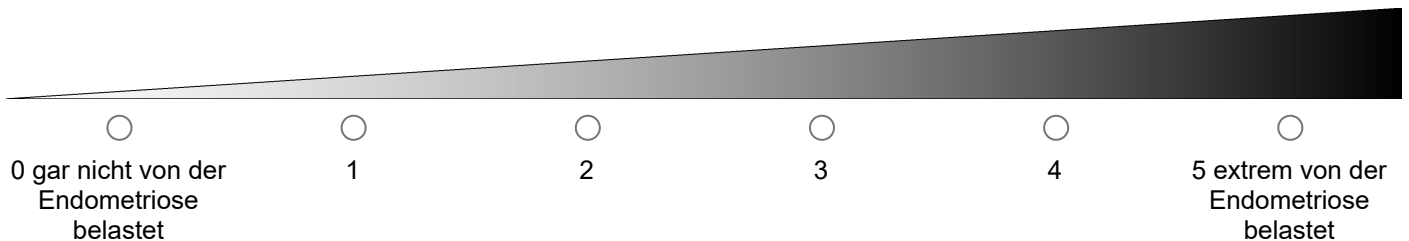
SD19

- ledig, keine Beziehung
- alleinerziehend
- verheiratet bzw. eingetragene Partnerschaft
- in einer festen Partnerschaft
- geschieden
- Sonstiges

8. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Endometriose Ihre Partnerschaft belastet?

SD18

Hinweis: Belastungen durch die Endometriose können beispielsweise durch Schmerzen im Allgemeinen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, verminderte Libido oder Lubrikation durch eine Hormonbehandlung oder Fertilitätsbeeinträchtigungen bestehen.



SD20

9. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Endometriose Ihre letzte Partnerschaft belastet hat?

Hinweis: Belastungen durch die Endometriose können beispielsweise durch Schmerzen im Allgemeinen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, verminderte Libido oder Lubrikation, eine Hormonbehandlung oder Fertilitätsbeeinträchtigungen bestehen.

0 gar nicht von der Endometriose belastet 1 2 3 4 5 extrem von der Endometriose belastet

10. Haben Sie eine bösartige Erkrankung oder eine Infektion? (Bsp.: Krebserkrankung, Tuberkulose, Hepatitis A/B/C) SD17


- Nein
 Ja

11. Rauchen Sie Zigaretten? SD21


- Nein
 Ja

12. Wann wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?EM01 


(bitte Monat und Jahr angeben)

13. Wann traten bei Ihnen zum ersten Mal endometriosetypische Beschwerden auf?EM02 

bitte Jahr angeben

14. Wie wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?EM03 

- Bauchspiegelung/Laparoskopie/operativer Eingriff
- MRT
- Ultraschall
- Sonstiges

15. Sind Sie schon einmal wegen Endometriose oder Verdacht auf Endometriose operiert worden?EM04 

- Nein
- Ja

8 aktive(r) Filter**Filter EM04/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Seite(n) **OP** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter EM04/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Seite(n) **OP** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter EM04/F3

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **EM05** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM04/F4

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **EM06** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM04/F5

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **-9**
Dann Frage/Text **EM05** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM04/F6

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **-9**
Dann Frage/Text **EM06** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM04/F7

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Frage/Text **EM17** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

Filter EM04/F8

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Frage/Text **EM18** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

16. Wie viele Operationen hatten Sie bereits insgesamt aufgrund Ihrer Endometriose?

EM05

- 1 Operation
- 2 Operationen
- 3 Operationen
- 4 Operationen
- 5 Operationen
- mehr als 5 Operationen

17. Wurde die Operation in einem zertifizierten Endometriosezentrum durchgeführt?

EM06

- Nein
- Ja
- Ich weiß es nicht

18. Welches ASF/ rASRM-Stadium ist angegeben?

EM17

(Mehrfachantwort möglich)

- Keine Angabe I II III IV

19. Was ist nach ENZIAN-Klassifikation angegeben?

EM18

(Mehrfachantwort möglich)

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A1 | <input type="checkbox"/> A2 | <input type="checkbox"/> A3 | <input type="checkbox"/> FA | <input type="checkbox"/> FI |
| <input type="checkbox"/> B1 | <input type="checkbox"/> B2 | <input type="checkbox"/> B3 | <input type="checkbox"/> FB | <input type="checkbox"/> FO |
| <input type="checkbox"/> C1 | <input type="checkbox"/> C2 | <input type="checkbox"/> C3 | <input type="checkbox"/> FU | <input type="checkbox"/> keine Angabe |

20. Wie viele verschiedene Hormonpräparate haben Sie schon zur Behandlung der Endometriose angewendet? (Inkl. aktuellem Präparat) EM07

- 0 Präparate
- 1 Präparat
- 2 Präparate
- 3 Präparate
- 4 Präparate
- 5 Präparate
- mehr als 5 Präparate

3 aktive(r) Filter

Filter EM07/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 7
Dann Frage/Text **EM19** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM07/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 7
Dann Frage/Text **EM08** später im Fragebogen ausblenden

Filter EM07/F3


Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 7
Dann Frage/Text **EM09** später im Fragebogen ausblenden

21. Sind Sie Blutungsfrei?

EM20

Gemeint ist, ob die Einnahme von aktuellen Medikamenten dazu führt, dass Ihre Regelblutung unterbunden wird.

- Ja
- Nein

22. Haben Sie Schmerzen wegen der Endometriose?EM10 

Zyklusabhängige Unterbauchschmerzen

Nein

Ja

Zyklusunabhängige Unterbauchschmerzen

Nein

Ja

Schmerzhafte Menstruation, typischerweise mit Bauchkrämpfen

Nein

Ja

Schwieriger oder schmerzhafter Geschlechtsverkehr

Nein

Ja

Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang


Nein

Ja

Schmerzhafte Wasserlassen als Unbehagen oder Brennen beim Wasserlassen

Nein


Ja

EM11 

23. Welche Medikamente haben Sie bisher gegen Endometriose-assoziierte Schmerzen eingenommen?


Diclofenac	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Buscopan	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Acetylsalicylsäure (ASS)	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Celecoxib	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Paracetamol	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Metamizol	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Tramadol	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Tilidin	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Dihydrocodein	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Morphin	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Oxycodon	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Levomethadon	<input type="checkbox"/> Niemals	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)

Fentanyl	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Pethidin	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Buprenorphin	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Piritramid	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Koanalgetika (z.B Antidepressiva, Muskelrelaxanzien)	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)
Sonstiges	Niemals	Ja, ich habe schon eingenommen (Vergangenheit)	Ja, ich nehme jetzt (heutzutage)


24. Wie wurden die Medikamente beschafft?EM13 

(Mehrfachnennung möglich)

- Selbstbeschaffung
- Rezept von der/dem Frauenärzt*in
- Rezept von der/dem Schmerzen Therapeut*in
- Rezept von der/dem Hausarzt*in

25. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter der Schmerzmedikation?EM15 

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

EM16 

26. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Medikament für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

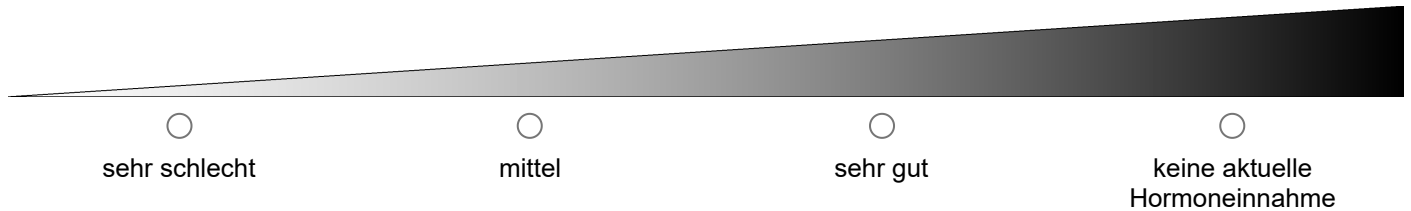
27. Wie heißt Ihr aktuelles Hormonpräparat?

EM19

Wenn Sie aktuell keine Hormone einnehmen, schreiben Sie bitte „Keine“.

28. Wie gut vertragen Sie Ihr aktuelles Hormonpräparat?

EM08

**29. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter der Hormontherapie?**

EM21

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

30. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Hormonpräparat für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

EM09

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

31. Wie sehr haben Ihre Unterleibsschmerzen im letzten Monat folgende Aspekte beeinflusst?

SC01

	gar nicht	kaum	mäßig	sehr	extrem
Leistung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verdauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen (länger als 20 Minuten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltag zu Hause/ in der Schule/ Uni/ auf der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
körperliche Aktivitäten (z.B. Joggen, Yoga, Fahrradfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen bestimmter Kleidungsstücke (z.B. enge Kleidung/ Unterwäsche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualverhalten (z.B. Masturbation, Geschlechtsverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Haben Sie in den letzten 6 Monaten nicht-pharmakologische Therapieoptionen (wie z.B. Yoga, Meditation, Entspannungstechniken, Ernährungsumstellung, Wärmeanwendungen, Hanföl) genutzt, um besser mit Ihren Endometriosebeschwerden zurecht zu kommen oder zur Reduktion der Nebenwirkungen von eingenommenen Medikamenten (z.B. Schmerzmedikamente) zur Behandlung der Endometriose?

SC03

- Nein
 Ja

5 aktive(r) Filter
Filter SC03/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
 Dann Frage/Text **SC05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC03/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
 Dann Frage/Text **SC05** später im Fragebogen ausblenden

Filter SC03/F3

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
 Dann Frage/Text **SC04** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC03/F4

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
 Dann Frage/Text **SC04** später im Fragebogen ausblenden

Filter SC03/F5

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
 Dann Seite(n) **YO-CA, OS, TC** des Fragebogens ausblenden

SC04

33. Aus welchen Gründen nutzen Sie solche Therapieoptionen nicht?

bitte alle zutreffenden Gründe auswählen, wenn Sie keine solcher nicht-pharmakologischen Maßnahmen nutzen

- Kosten
- Zeitaufwand
- bereits ausprobiert und haben nicht geholfen
- zu wenig Informationen dazu
- schwere Zugangsmöglichkeiten
- weitere

SC05

34. Welche von den folgenden nicht-pharmakologischen Maßnahmen zur Bewältigung Ihrer Endometriosebeschwerden haben Sie in den letzten 6 Monaten genutzt?

bitte alle zutreffenden Optionen auswählen

- Yoga/ Pilates
- Tai Chi/ Qi Gong
- Meditation/ Atemübungen
- Ausruhen/ Erholen
- Dehnungsübungen
- sportliche körperliche Aktivitäten (z.B. Spazieren gehen, Joggen, Schwimmen, Krafttraining)
- Wärme (z.B. Wärmekissen, Sauna, warmes Bad)
- Kälte (z.B. Kältekomresse, kalt duschen)
- Akkupunktur
- Osteopathie
- Massage
- Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
- Alkoholkonsum
- pflanzliche Beruhigungs-/ Entspannungsmittel (z.B. Substanzen mit Kamille, Kava, Passionsblume)
- bestimmte Ernährungsweisen (z.B. Paleo-Diät, pflanzenbasierte Kost, FODMAP-Diät)
- Hanf-/ CBD-Öl
- Cannabis oder cannabishaltige Produkte (verschrieben oder illegal)
- Sonstiges

17 aktive(r) Filter

Filter SC05/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Seite(n) **YO** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 2
Dann Seite(n) **TA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F3

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 3
Dann Seite(n) **ME** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F4

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 4
Dann Seite(n) **AU** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F5

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 5
Dann Seite(n) **DE** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F6

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 6
Dann Seite(n) **SP** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F7

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 7
Dann Seite(n) **WA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F8

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 8
Dann Seite(n) **KA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F9

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 9
Dann Seite(n) **AK** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F10

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 10
Dann Seite(n) **MA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F11

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **11**
Dann Seite(n) **AL** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F12

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **12**
Dann Seite(n) **NA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F13

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **13**
Dann Seite(n) **ER** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F14

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **14**
Dann Seite(n) **OL** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F15

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **15**
Dann Seite(n) **CA** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F16

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **17**
Dann Seite(n) **OS** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

Filter SC05/F17

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **18**
Dann Seite(n) **TC** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

35. Wie häufig betreiben Sie Yoga durchschnittlich?

YO01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

36. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Yoga/Pilates?

YO10

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

37. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Yoga oder Pilates für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

YO02

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

YO03

38. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Yoga oder Pilates in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Yoga oder Pilates erwartet?

YO04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter YO04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1, 2**
Dann Frage/Text **YO05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

40. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Yoga oder Pilates?

YO05

41. Konnte die Durchführung von Yoga oder Pilates die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

YO06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

**42. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Yoga oder Pilates monatlich gekostet?
(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)**

YO07

43. Würden Sie Yoga/ Pilates einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

YO08

Ja

Nein

44. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Yoga/ Pilates mitteilen möchten?

YO09

45. Wie häufig betreiben Sie Tai Chi/ Qi Gong durchschnittlich?

TA01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

46. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Tai Chi/ Qi Gong?

TA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

47. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Tai Chi/ Qi Gong für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

TA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

TA03

48. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Tai Chi/ Qi Gong in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Tai Chi/ Qi Gong erwartet?

TA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter TA04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **TA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

50. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Tai Chi/ Qi Gong?

TA05

51. Konnte die Durchführung von Tai Chi/ Qi Gong die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

TA06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

**52. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Tai Chi/ Qi Gong monatlich gekostet?
(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)**

TA07

53. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Tai Chi/ Qi Gong mitteilen möchten?

TA09

54. Würden Sie Tai Chi/ Qi Gong einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

TA08

Ja

Nein

55. Wie häufig betreiben Sie Sport/ körperliche Aktivität durchschnittlich?

SP01

- (mehrmals) täglich

 2-6 mal pro Woche

 einmal wöchentlich

 weniger als einmal wöchentlich

56. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Sport/körperliche Aktivität?

SP11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

57. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Sport/ körperliche Aktivität für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

SP10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

SP03

58. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen durch Sport/ körperliche Aktivität in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Sport/ körperlicher Aktivität erwartet?

SP04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter SP04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **SP05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

60. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Sport/ körperlicher Aktivität?

SP05

SP06

61. Konnte die Durchführung von Sport/ körperlicher Aktivität die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

62. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Sport/ körperlicher Aktivität monatlich gekostet? (z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)

SP07

63. Würden Sie Sport/ körperliche Aktivität einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

SP08

Ja

Nein

64. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Sport/ körperliche Aktivität mitteilen möchten?

SP09

65. Wie häufig betreiben Sie Meditation/ Atemübungen durchschnittlich?

ME01

- (mehrmals) täglich 2-6 mal pro Woche einmal wöchentlich weniger als einmal wöchentlich

66. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Meditation/Atemübungen?

ME11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

67. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Meditation/ Atemübungen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

ME10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

ME03

68. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Meditation/ Atemübungen in ihrer Intensität oder Dauerreduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

69. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Meditation/ Atemübungen erwartet?

ME04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter ME04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**

Dann Frage/Text **ME05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

70. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Meditation/ Atemübungen?

ME05

ME06

71. Konnte die Durchführung von Meditation/ Atemübungen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

- Ja, starke Reduktion (über 50%) Ja, mäßige Reduktion (25-50%) Ja, geringe Reduktion (unter 25%) Nein

72. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Meditation/ Atemübungen monatlich gekostet? (z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)

ME07

73. Würden Sie Meditation/ Atemübungen einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

ME08

- Ja Nein

74. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Meditation/ Atemübungen mitteilen möchten?

ME09

75. Wie häufig haben Sie sich aufgrund Ihrer Endometriose durchschnittlich ausgeruht?

AU01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

76. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Ausruhen/Entspannen?

AU11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

77. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Ausruhen/Entspannen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

AU10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

AU03

78. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Ausruhen/Entspannen in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

79. Haben Sie eine andere Wirkung von dem Ausruhen/Entspannen erwartet?

AU04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter AU04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **AU05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

80. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich des Ausruhens/Entspannen?

AU05

81. Konnte das Ausruhen/Entspannen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

AU06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

82. Wie viel hat Sie durchschnittlich das Ausruhen/Entspannen monatlich gekostet?

AU07

83. Würden Sie das Ausruhen/Entspannen einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

AU08

Ja

Nein

84. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich des Ausruhens/Entspannens mitteilen möchten?

AU09

85. Wie häufig führen Sie durchschnittlich Dehnungsübungen durch?

DE01

- (mehrmals) täglich 2-6 mal pro Woche einmal wöchentlich weniger als einmal wöchentlich

86. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Dehnungsübungen?

DE11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

87. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Dehnungsübungen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

DE10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

DE03

88. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen durch Dehnungsübungen in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Dehnungsübungen erwartet?

DE04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter DE04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **DE05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

90. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Dehnungsübungen?

DE05

91. Konnte die Durchführung von Dehnungsübungen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

DE06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

92. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Dehnungsübungen monatlich gekostet? (z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)

DE07

93. Würden Sie Dehnungsübungen einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

DE08

Ja

Nein

94. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Dehnungsübungen mitteilen möchten?

DE09

95. Wie häufig führen Sie Wärmeanwendungen durchschnittlich durch?

WA01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

96. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Wärmeanwendungen?

WA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

97. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Wärmeanwendungen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

WA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

WA03

98. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Wärmeanwendungen in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Wärmeanwendungen erwartet?

WA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter WA04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **WA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

100. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Wärmeanwendungen?

WA05

WA06

101. Konnte die Durchführung von Wärmeanwendungen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

102. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Wärmeanwendungen monatlich gekostet?

WA07

103. Würden Sie die Anwendung von Wärme einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

WA08

Ja

Nein

104. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich der Anwendung von Wärme mitteilen möchten?

WA09

105. Wie häufig führen Sie Kälteanwendungen durchschnittlich durch?

KA01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

106. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Kälteanwendungen?

KA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

107. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Kälteanwendungen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

KA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

KA03

108. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen durch Yoga oder Pilates in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

109. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Kälteanwendungen erwartet?

KA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter KA04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **KA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

110. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Kälteanwendungen?

KA05

KA06

111. Konnte die Durchführung von Kälteanwendungen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

112. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Kälteanwendungen monatlich gekostet?

KA07

113. Würden Sie die Anwendung von Kälte einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

KA08

Ja

Nein

114. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich der Anwendung von Kälte mitteilen möchten?

KA09

115. Wie häufig führen Sie Akupunktur durchschnittlich durch?

AK01

- (mehrmals) täglich 2-6 mal pro Woche einmal wöchentlich weniger als einmal wöchentlich

116. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Akupunktur?

AK11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

117. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Akupunktur für die Reduktion ~~von~~ ^{unter} endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

AK10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

AK03

118. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Akupunktur in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

119. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Akupunktur erwartet?

AK04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter AK04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **AK05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

120. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Akupunktur?

AK05

121. Konnte die Durchführung von Akupunktur die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

AK06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

122. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Akupunktur monatlich gekostet?

AK07

123. Würden Sie Akupunktur einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

AK08

Ja

Nein

124. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Akupunktur mitteilen möchten?

AK09

125. Wie häufig nutzen Sie Massagebehandlungen durchschnittlich?

MA01

(mehrmals) täglich

2-6 mal pro Woche

einmal wöchentlich

weniger als einmal wöchentlich

126. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Massage?

MA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

127. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie Massagen für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

MA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

MA03

128. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Massagen in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

129. Haben Sie eine andere Wirkung von Massagen erwartet?

MA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter MA04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **MA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

130. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich Massagen?

MA05

131. Konnten Massagen die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

MA06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

**132. Wie viel haben Sie durchschnittlich die Massagebehandlungen monatlich gekostet?
(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)**

MA07

133. Würden Sie Massagebehandlungen einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

MA08

Ja

Nein

134. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Massagebehandlungen mitteilen möchten?

MA09

135. Wie häufig führen Sie Osteopathie durchschnittlich durch?

OS01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

136. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Osteopathie?

OS10

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

137. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von Osteopathie für die Reduktion endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

OS02

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

OS03

138. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Osteopathie in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

139. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von Osteopathie erwartet?

OS04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter
Filter OS04/F1
 [inaktiv] Keine Bedingung ausgewählt
 Dann Frage/Text **OS05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

140. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von Osteopathie?

OS05

141. Konnte die Durchführung von Osteopathie die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

OS06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

OS07

**142. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von Osteopathie monatlich gekostet?
(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)**

143. Würden Sie Osteopathie einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen? OS08

Ja

Nein

144. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Osteopathie mitteilen möchten? OS09

145. Wie häufig führen Sie traditionelle chinesische Medizin durchschnittlich durch?

TC01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

146. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Chinesische Medizin?

TC10

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

147. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Durchführen von traditioneller chinesischer Medizin für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

TC02

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

TC03

148. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen durch traditionelle chinesische Medizin reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

149. Haben Sie eine andere Wirkung von der Durchführung von traditioneller chinesischer Medizin erwartet? TC04

Ja
 Nein

1 aktive(r) Filter

Filter TC04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1

Dann Frage/Text **TC05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

150. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Durchführung von traditioneller chinesischer Medizin? TC05

151. Konnte die Durchführung von traditioneller chinesischer Medizin die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel) TC06

Ja, starke Reduktion (über 50%)
 Ja, mäßige Reduktion (25-50%)
 Ja, geringe Reduktion (unter 25%)
 Nein

TC07

152. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Durchführung von traditioneller chinesischer Medizin monatlich gekostet?

(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)

153. Würden Sie traditionelle chinesische Medizin einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen? TC08

Ja

Nein


154. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich traditioneller chinesischer Medizin mitteilen möchten? TC09

155. Wie häufig konsumieren Sie Alkohol durchschnittlich?

AL01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

156. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Alkohol?

AL11 

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

157. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie den Konsum von Alkohol für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

AL10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

AL03

158. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch den Konsum von Alkohol in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

159. Haben Sie eine andere Wirkung von dem Konsum von Alkohol erwartet?

AL04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter AL04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **AL05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

160. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich dem Konsum von Alkohol?

AL05

161. Konnte der Konsum von Alkohol die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

AL06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

162. Wie viel hat Sie durchschnittlich der Konsum von Alkohol monatlich gekostet?

AL07

(z.B. monatliche Mitgliedsgebühr, Anfängerkurse)

163. Würden Sie den Konsum von Alkohol einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

AL08

Ja

Nein

164. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich des Konsums von Alkohol mitteilen möchten?

AL09

165. Wie häufig nehmen Sie natürliche Beruhigungsmittel durchschnittlich ein?

NA01

- (mehrmals) täglich
- 2-6 mal pro Woche
- einmal wöchentlich
- weniger als einmal
wöchentlich

166. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter natürlichen Beruhigungsmittel?

NA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

167. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie das Einnehmen von natürlichen Beruhigungsmitteln für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

NA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

NA03

168. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch natürliche Beruhigungsmittel in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

169. Haben Sie eine andere Wirkung von der Einnahme von natürlichen Beruhigungsmitteln erwartet?

NA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter
Filter NA04/F1
 Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
 Dann Frage/Text **NA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

170. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Einnahme von natürliche Beruhigungsmitteln?

NA05

NA06

171. Konnte die Einnahme von natürlichen Beruhigungsmitteln die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

172. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Einnahme von natürlichen Beruhigungsmitteln monatlich gekostet?

NA07

173. Würden Sie natürliche Beruhigungsmittel einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

NA08

Ja

Nein

174. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich der Einnahme von natürlichen Beruhigungsmitteln mitteilen möchten?

NA09

175. Wie häufig ernähren Sie dich durchschnittlich nach einer bestimmten Diät oder Ernährungsform (z.B. Paleo-Diät, pflanzenbasierte Kost, FODMAP-Diät)? ER01

(mehrmals) täglich

2-6 mal pro Woche

einmal wöchentlich

weniger als einmal wöchentlich

176. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Ernährung?

ER11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

177. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie Ihre Ernährungsweise für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

ER10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

ER03

178. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch Ihre Ernährungsweise in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

179. Haben Sie eine andere Wirkung von Ihrer Ernährungsweise erwartet?

ER04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter ER04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **ER05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

180. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich Ihrer Ernährungsweise?

ER05

181. Konnte Ihre Ernährungsweise die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

ER06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

182. Wie viel hat Sie durchschnittlich Ihre Ernährungsweise monatlich gekostet?

ER07

bitte die Kosten angeben, die über Ihre normalen Lebensmittelkosten hinaus entstanden sind

183. Würden Sie Ihre Ernährungsweise einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

ER08

Ja

Nein

184. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Ihrer Ernährungsweise mitteilen möchten?

ER09

185. Wie häufig nehmen Sie Hanf-/CBD-Öl durchschnittlich ein?

OL01

- (mehrmals) täglich
 2-6 mal pro Woche
 einmal wöchentlich
 weniger als einmal wöchentlich

186. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Hanf-/CBD-Öl?

OL11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

187. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie die Einnahme von Hanf-/CBD-Öl für die Reduktion endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

OL10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

OL03

188. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch die Einnahme von Hanf-/CBD-Öl in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

189. Haben Sie eine andere Wirkung von der Einnahme von Hanf-/CBD-Öl erwartet?

OL04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter OL04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **OL05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

190. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der Einnahme von Hanf-/CBD-Öl?

OL05

191. Konnte die Einnahme von Hanf-/CBD-Öl die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

OL06

Ja, starke Reduktion (über
50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-
50%)

Ja, geringe Reduktion (unter
25%)

Nein

192. Wie viel hat Sie durchschnittlich die Einnahme von Hanf-/CBD-Öl monatlich gekostet?

OL07

193. Würden Sie Hanf-/CBD-Öl einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

OL08

Ja

Nein

194. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich Einnahme von Hanf-/CBD-Öl mitteilen möchten?

OL09

195. Wie häufig konsumieren Sie Cannabis in den folgenden Formen durchschnittlich?

CA01

	(mehrmals) täglich	2-6 mal pro Woche	einmal wöchentlich	weniger als einmal wöchentlich
Rauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisha/ Wasserpipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Lebensmitteln (Kekse, Brownies,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

196. Wie ist/war die typische Schmerzstärke unter Cannabis?

CA11

0 kein Schmerz
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 stärkster vorstellbarer Schmerz

197. Auf einer Skala von 0-10, wie effektiv würden Sie den Konsum von Cannabis für die Reduktion Ihrer endometriosebedingten Unterleibsschmerzen beurteilen?

CA10

0 überhaupt nicht effektiv
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 sehr effektiv

CA03

198. Welche und wie effektiv konnten Ihre endometriosebedingten Beschwerden oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie aufgrund ihrer Endometriose einnehmen, durch den Konsum von Cannabis in ihrer Intensität oder Dauer reduziert werden?

	starke Verbesserung (über 50%)	mäßige Verbesserung (25-50%)	geringe Verbesserung (unter 25%)	keine Verbesserung	Verschlechterung der Beschwerden	Ich habe dieses Symptom nicht
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen/ zyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
azyklische Unterbauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Urin lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

199. Haben Sie eine andere Wirkung von dem Konsum von Cannabis erwartet?

CA04

Ja

Nein

1 aktive(r) Filter

Filter CA04/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text **CA05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

200. Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich des Konsums von Cannabis?

CA05

201. Konnte den Konsum von Cannabis die Menge an Medikamenten, die Sie für die Therapie Ihrer endometriosebedingten Symptome normalerweise benötigen reduzieren? (z.B. die Menge an Schmerzmittel)

CA06

Ja, starke Reduktion (über 50%)

Ja, mäßige Reduktion (25-50%)

Ja, geringe Reduktion (unter 25%)

Nein

202. Wie viel hat Sie durchschnittlich der Konsum von Cannabis monatlich gekostet?

CA07

203. Würden Sie Cannabis einer Freundin oder einem Familienmitglied mit Endometriose weiterempfehlen?

CA08

Ja

Nein

204. Gibt es etwas weiteres, was Sie uns bezüglich des Konsums von Cannabis mitteilen möchten?

CA09

205. Würden Sie die folgenden Substanzen für die Bewältigung Ihrer endometriosebedingten Schmerzen ausprobieren wollen?

KL01

	Ja	Nein
Cannabidiol – CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetrahydrocannabinol – THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

206. Würden Sie die folgenden Substanzen für die Bewältigung Ihrer endometriosebedingten Schmerzen ausprobieren wollen, wenn diese von Ihrem Arzt rezeptpflichtig verschrieben werden würden?

KL02

	Ja	Nein
Cannabidiol – CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetrahydrocannabinol – THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

207. In welcher Verabreichungsform würden Sie CBD einnehmen?

KL03

	Ja	Nein
oral (z.B als Tablette, Tropfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sublingual/unter der Zunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautpflaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creme/Gel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheidenzäpfchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weitere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

208. In welcher Verabreichungsform würden Sie THC einnehmen?

KL04

	Ja	Nein
oral (z.B als Tablette, Tropfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sublingual/unter der Zunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautpflaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creme/Gel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheidenzäpfchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weitere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KL05

209. Wären Sie daran interessiert an einer klinischen Studie teilzunehmen, die die Einnahme folgender Substanzen beinhaltet und untersucht?

	Ja	Nein
CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CBD + THC in Kombination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Letzte Seite**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

[Dr. Sylvia Mechsner und Renata Voltolini Velho, PhD Endometriosezentrum, Charité - Universitätsmedizin Berlin – 2022](https://survey.charite.de/CannabisEM/?preview=FISC25AU57dQuhbQHcXCqZtbPmj5Pjgg&questionnaire=base&csrf)