

Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Liebe Patientin,
wir möchten mehr über Ihre Symptome und deren Auswirkung auf Ihr Leben erfahren.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Die Ärztin /der Arzt in der Sprechstunde wird darauf eingehen. Wenn Sie Fragen zu diesem Fragebogen haben, können Sie diese dann direkt stellen.

Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Kooperation.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Befinden in den vergangenen VIER Wochen

NAME:

DATUM:

Blasen-Funktion

1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage? <ul style="list-style-type: none">■ bis zu 7■ zwischen 8-10■ zwischen 11-15■ mehr als 15	2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 0-1■ 2■ 3■ mehr als 3
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal-(z.B.weniger als einmal pro Woche)■ häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche)■ meistens – täglich	4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal-(z.B.weniger als einmal pro Woche)■ häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche)■ meistens – täglich
5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens – täglich	6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens - täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens – täglich	8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens – täglich
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens – täglich	10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes? <ul style="list-style-type: none">■ niemals■ manchmal - weniger als einmal pro Woche■ häufig – einmal oder mehr pro Woche■ meistens – täglich

<p>11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nein - niemals ■ vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc. ■ ziemlich - häufig ■ regelmässig – täglich 	<p>12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als 1/Woche ■ häufig – einmal oder mehr / Woche ■ meistens – täglich
<p>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nein ■ 1-3 pro Jahr ■ 4-12 pro Jahr ■ > 1 pro Monat 	<p>14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Einkauf, Ausgehen, Sport z.B.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ überhaupt nicht ■ ein wenig ■ ziemlich ■ stark
<p>15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ überhaupt nicht ■ ein wenig ■ ziemlich ■ stark <p style="text-align: right;">D nicht zutreffend – habe kein Problem</p>	

Darm-Funktion

<p>16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ weniger als einmal Woche ■ weniger als alle 3 Tage ■ mehr als dreimal pro Woche oder täglich ■ mehr als einmal pro Tag 	<p>17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ weich <input type="checkbox"/> geformt ■ sehr hart ■ dünn/breiig ■ verschieden
<p>18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>19. Nehmen Sie Abführmittel ein?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ immer – täglich <p>WELCHES:</p>
<p>20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich
<p>22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich

<p>24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich
<p>26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</p> <p>D nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ überhaupt nicht ■ ein wenig ■ ziemlich ■ stark

Senkung

<p>28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich
<p>30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich 	<p>31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niemals ■ manchmal - weniger als einmal pro Woche ■ häufig – einmal oder mehr pro Woche ■ meistens – täglich
<p>32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ überhaupt nicht ■ ein wenig ■ ziemlich ■ stark 	<p>D nicht zutreffend - habe kein Problem</p>

Sexualfunktion

<p>33. Sind Sie sexuell aktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gar nicht ■ selten ■ regelmässig <p><i>Wenn Sie hier „gar nicht“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch die Fragen 34 und 42!</i></p>	<p>34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ kein Partner ■ Partner impotent ■ Kein Interesse ■ vaginale Trockenheit ■ Schmerzen ■ zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.) ■ anderes:
<p>35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ja ■ nein 	<p>36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ normal ■ fühle wenig ■ fühle gar nichts ■ schmerzhaft

<p>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nein - niemals ▪ manchmal ▪ häufig ▪ immer 	<p>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nein - niemals ▪ manchmal ▪ häufig ▪ immer
<p>39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nein - niemals ▪ selten ▪ meistens ▪ immer 	<p>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Schmerzen ▪ am Scheideneingang ▪ tief innerlich / im Becken ▪ beides
<p>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nein - niemals ▪ manchmal ▪ häufig ▪ immer 	<p>42. Wie sehr stören Sie diese Probleme? D nicht zutreffend - habe kein Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ überhaupt nicht ▪ ein wenig ▪ ziemlich ▪ stark

Falls Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie diese hier formulieren.