

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

<p>1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 7 <input type="checkbox"/> zwischen 8-10 <input type="checkbox"/> zwischen 11-15 <input type="checkbox"/> mehr als 15</p>	<p>2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr als 3</p>
<p>3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal-(z.B.weniger als einmal pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal-(z.B.weniger als einmal pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>
<p>7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>

11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden? <input type="checkbox"/> nein - niemals <input type="checkbox"/> vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc. <input type="checkbox"/> ziemlich - häufig <input type="checkbox"/> regelmässig – täglich	12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1/Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr / Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich
13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1-3 pro Jahr <input type="checkbox"/> 4-12 pro Jahr <input type="checkbox"/> > 1 pro Monat	14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Einkauf, Ausgehen, Sport z.B.) <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark
15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem? <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark <div style="text-align: right;">nicht zutreffend – habe kein Problem</div>	

Darm-Funktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? <input type="checkbox"/> weniger als einmal Woche <input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage <input type="checkbox"/> mehr als dreimal pro Woche oder täglich <input type="checkbox"/> mehr als einmal pro Tag	17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen? <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> sehr hart <input type="checkbox"/> dünn/breiig <input type="checkbox"/> verschieden <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> geformt</div>
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich	19. Nehmen Sie Abführmittel ein? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> immer – täglich WELCHES:
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich	21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich
22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich	23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich

<p>24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</p> <p>nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>

Senkung

<p>28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>	<p>nicht zutreffend - habe kein Problem</p>

Sexualfunktion

<p>33. Sind Sie sexuell aktiv?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p> <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> <p><input type="checkbox"/> kein Partner</p> <p><input type="checkbox"/> Partner impotent</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Interesse</p> <p><input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.)</p> <p><input type="checkbox"/> anderes:</p>
<p>35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> fühle wenig</p> <p><input type="checkbox"/> fühle gar nichts</p> <p><input type="checkbox"/> schmerzhaft</p>

<p>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>
<p>39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> keine Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> am Scheideneingang</p> <p><input type="checkbox"/> tief innerlich / im Becken</p> <p><input type="checkbox"/> beides</p>
<p>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>42. Wie sehr stören Sie diese Probleme? nicht zutreffend - habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>

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