

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

Prof. Dr. med C. Anthuber
Leiter des Beckenbodenzentrums
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinikum Starnberg

 **Beckenbodenzentrum**
Starnberg | Penzberg

Frauenklinik Starnberg

Proktologie Penzberg

Urologie Starnberg

Dr. med. Susanne Rogers
Koordinatorin des Beckenbodenzentrums
Chefärztin Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinikum Penzberg

Liebe Patientin, lieber Patient,
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 da drauf 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 4 Wochen.**

Datum: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____

Blasen Funktion	
1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?	☐ bis zu 7 x
	☐ zwischen 8–10 x
	☐ zwischen 11–15 x
	☐ mehr als 15 x
2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?	☐ 0-1
	☐ 2
	☐ 3
	☐ mehr als 3
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen?	☐ niemals
	☐ manchmal – weniger als 1x Woche
	☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐ meistens – täglich
4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?	☐ niemals
	☐ manchmal – weniger als 1x Woche
	☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐ meistens – täglich

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?	☐	nein – niemals
	☐	vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc.
	☐	ziemlich – häufig
	☐	regelmässig – täglich
12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?	☐	nein
	☐	1–3 pro Jahr
	☐	4–12 pro Jahr
	☐	> 1 pro Monat

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

	☐	überhaupt nicht
	☐	ein wenig
	☐	ziemlich
	☐	stark
14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Einkauf, Ausgehen, Sport z.B.)		
	☐	nicht zutreffend – habe kein Problem
	☐	überhaupt nicht
	☐	ein wenig
	☐	ziemlich
	☐	stark
15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?		
Darm-Funktion		
	☐	weniger als einmal Woche
	☐	weniger als alle 3 Tage
	☐	mehr als dreimal pro Woche oder täglich
	☐	mehr als einmal pro Tag
16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?		
	☐	Geform
	☐	weich
	☐	sehr hart
	☐	dünn / breiig
	☐	verschieden
17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?		
	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?		
	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	immer – täglich
19. Nehmen Sie Abführmittel ein?		Welches:
	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?		
	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können?		
	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

	☐	niemals
22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?	☐	nicht zutreffend – habe kein Problem
	☐	überhaupt nicht
	☐	ein wenig
	☐	ziemlich
	☐	stark
Senkung		
	☐	niemals
28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
	☐	niemals
30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?	☐	niemals
	☐	manchmal – weniger als 1x Woche
	☐	häufig – einmal oder mehr pro Woche
	☐	meistens – täglich
32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?	☐	nicht zutreffend – habe kein Problem
	☐	überhaupt nicht
	☐	ein wenig
	☐	ziemlich
	☐	stark
Sexualfunktion		
33. Sind Sie sexuell aktiv? <i>Wenn Sie hier »gar nicht« angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch die Fragen 34 und 42.</i>	☐	gar nicht
	☐	selten
	☐	regelmäßig
34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:	☐	kein Partner
	☐	Partner impotent
	☐	Kein Interesse
	☐	vaginale Trockenheit
	☐	Schmerzen
	☐	zu peinlich (z.B. Inkontinenz oder Senkung)
	☐	Anderes:
35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?	☐	ja
	☐	nein
36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?	☐	normal
	☐	fühle wenig
	☐	fühle gar nichts
	☐	schmerzhaft
37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?	☐	nein – niemals
	☐	manchmal
	☐	häufig
	☐	immer
38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?	☐	nein – niemals
	☐	manchmal
	☐	häufig
	☐	immer
39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?	☐	nein – niemals
	☐	selten
	☐	meistens
	☐	immer

Formular

Deutscher Beckenboden – Fragebogen

	☐	keine Schmerzen
40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?	☐	am Scheideneingang
	☐	tief innerlich / im Becken
	☐	beides
41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?	☐	nein - niemals
	☐	manchmal
	☐	häufig
	☐	immer
42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?	☐	nicht zutreffend – habe kein Problem
	☐	überhaupt nicht
	☐	ein wenig
	☐	ziemlich
	☐	stark

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