

Seite 1 von 4



## 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 sodann direkt stellen.

Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Kooperation.

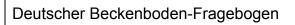
	beantworter								

Name:	Datum:
-------	--------

## Blasen-Funktion

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

erstellt:	geprüft:	freigegeben:		Original	Version	
PD Dr. med. Baessler	PD Dr. med. Kempkensteffen			Abteilung	Version	
am: 11.05.17	am: 11.05.17	am: 11.05.17	Prof. Dr. med. Abou-Dakn	Ablellulig	'	



Seite 2 von 4

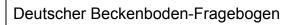


11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?  nein – niemals vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc. ziemlich – häufig regelmässig – täglich	12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich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

## Darm-Funktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?  weniger als einmal Woche weniger als alle 3 Tage mehr als dreimal pro Woche oder täglich mehr als einmal pro Tag	17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?  weich geformt dünn / breiig verschieden
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?  niemals manchmal – weniger als einmal pro Woche häufig – einmal oder mehr pro Woche meistens – täglich	19. Nehmen Sie Abführmittel ein?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ immer – täglich  Welches:
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?  niemals manchmal – weniger als einmal pro Woche häufig – einmal oder mehr pro Woche meistens – täglich	21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurück-halten können?  iniemals iniemals in manchmal – weniger als einmal pro Woche iniemals in häufig – einmal oder mehr pro Woche iniemals in meistens – täglich

erstellt:	geprüft:	freigegeben:		Original	Version	1
PD Dr. med. Baessler	PD Dr. med. Kempkensteffen			Abteilung	Version	l
am: 11.05.17	am: 11.05.17	am: 11.05.17	Prof. Dr. med. Abou-Dakn	Abtellulig	'	ı

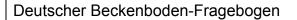


Seite 3 von 4

□ stark

22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich	23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?  iniemals imanchmal – weniger als einmal pro Woche imalig – einmal oder mehr pro Woche immeistens – täglich
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?  niemals manchmal – weniger als einmal pro Woche häufig – einmal oder mehr pro Woche meistens – täglich	25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?  niemals manchmal – weniger als einmal pro Woche häufig – einmal oder mehr pro Woche meistens – täglich	27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?  in nicht zutreffend – habe kein Problem iberhaupt nicht ein wenig ziemlich stark
Senkung	
28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich	29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich
30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?  iniemals imanchmal – weniger als einmal pro Woche imalig – einmal oder mehr pro Woche immeistens – täglich	31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?  □ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich
32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?  überhaupt nicht ein wenig ziemlich	□ nicht zutreffend – habe kein Problem

erstellt:	geprüft:	freigegeben:		Original	Version
PD Dr. med. Baessler	PD Dr. med. Kempkensteffen			Abteilung	Version
am: 11.05.17	am: 11.05.17	am: 11.05.17	Prof. Dr. med. Abou-Dakn	Abtellurig	'



Seite 4 von 4



## Sexualfunktion

33. Sind Sie sexuell aktiv?  gar nicht selten regelmässig  Wenn Sie hier »gar nicht« angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch die Fragen 34 und 42.	34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:  kein Partner Partner impotent Kein Interesse vaginale Trockenheit Schmerzen zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.) 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?  onein – niemals oselten omeistens omeimmer	40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?  keine Schmerzen 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.

Fragebogen validiert durch PD Dr. Kaven Baeßler. Publikation: Validation of a comprehensive pelvic floor questionnaire for the hospital, private practice and research. Baessler K, Kempkensteffen C. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2009;49(4):299-307.

erstellt:	geprüft:	freigegeben:		Original	Version	1
PD Dr. med. Baessler	PD Dr. med. Kempkensteffen			Abteilung	Version	
am: 11.05.17	am: 11.05.17	am: 11.05.17	Prof. Dr. med. Abou-Dakn	Ablellulig	1	