



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.

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? ☐ 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 einmal pro 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 einmal pro Woche ☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche ☐ meistens – täglich
5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen? ☐ 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? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche ☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche ☐ meistens – täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert? ☐ 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? ☐ 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

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.) ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark
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 ☐ sehr hart ☐ dünn / breiig ☐ verschieden ☐ geformt
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? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche ☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche ☐ meistens – täglich



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? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche ☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche ☐ meistens – 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? ☐ nicht zutreffend – habe kein Problem ☐ überhaupt 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? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche ☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche ☐ meistens – 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 ☐ stark ☐ nicht zutreffend – habe kein Problem	

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? ☐ nein – niemals ☐ selten ☐ meistens ☐ immer	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.