

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

Darm-Funktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro 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"/> geformt <input type="checkbox"/> sehr hart <input type="checkbox"/> dünn/breiig <input type="checkbox"/> verschieden
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
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester 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	25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren? <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
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen? <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	27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark

Senkung

28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? <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	29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat? <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
30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu 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	31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang? <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
32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark	

Sexualfunktion

33. Sind Sie sexuell aktiv? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmässig <i>Wenn Sie hier „gar nicht“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch Fragen 34 und 42.</i>	34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht: <input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/> Partner impotent <input type="checkbox"/> kein Interesse <input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.) <input type="checkbox"/> anderes:
35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs? <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fühle wenig <input type="checkbox"/> fühle gar nichts <input type="checkbox"/> schmerzhaft
37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? <input type="checkbox"/> nein – niemals <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer	38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist? <input type="checkbox"/> nein – niemals <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer
39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? <input type="checkbox"/> nein – niemals <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer	40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> am Scheideneingang <input type="checkbox"/> tief innerlich/im Becken <input type="checkbox"/> beides
41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr? <input type="checkbox"/> nein – niemals <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer	42. Wie sehr stören Sie diese Probleme? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark

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

Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Anwendung im Interview/Anamneseerhebung

PATIENTIN:

DATUM:

Hauptsymptom:

Dauer des Problems:

Sekundär:

Blasen-Funktion

Fragen 1-15

Score ____/45 = ____

1. Miktionsfrequenz Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage? 0 bis zu 7 1 zwischen 8 und 10 2 zwischen 11 und 15 3 mehr als 15	2. Nykturie Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen? 0 0-1 1 2 2 3 3 mehr als 3	3. Enuresis nocturna Verlieren Sie Urin, während Sie schlafen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
4. Imperativer Harndrang Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	5. Dranginkontinenz Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	6. Stressinkontinenz Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
7. Schwacher Urinstrahl Ist Ihr Harnstrahl schwach/verlangsamt/verlängert? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	8. Inkomplette Entleerung Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	9. Pressen zur Miktio Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
10. Vorlagen-Gebrauch Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes? 0 nein – niemals 1 manchmal – nur als Prophylaxe 2 häufig – beim Sport/bei Erkältung... 3 meistens – täglich	11. Reduzierte Trinkmenge Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden? 0 nein – niemals 1 vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc. 2 ziemlich häufig 3 regelmässig – täglich	12. Dysurie Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
13. Rezidivierende HWI Haben Sie häufig Blaseninfektionen? 0 nein 1 1-3/Jahr 2 4-12/Jahr 3 >1/Monat	14. Lebensqualität Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben (Einkauf, Ausgehen, Sport...)? 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark	15. Leidensdruck Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark
Andere Symptome:		

Darm-Funktion

Fragen 16-27

Score ____/34 = ____

16. Stuhlfrequenz Wie häufig haben Sie Stuhlgang? 2 weniger als 1/Woche 1 weniger als alle 3 Tage 0 mehr als 3/Woche oder täglich 1 mehr als 1/Tag	17. Stuhlkonsistenz Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen? 0 weich 0 geformt 1 sehr hart 2 dünn/breilig 1 variabel	18. Pressen beim Stuhlgang Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
19. Laxantien-Gebrauch Nehmen Sie Abführmittel ein? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	20. Obstipation Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	21. Windinkontinenz Entweicht Ihnen Winde/Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie halten können? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich

22. Imperativer Stuhldrang Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	23. Inkontinenz für dünnen Stuhl Verlieren Sie/entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	24. Inkontinenz für normalen Stuhl Verlieren Sie/entweicht versehentlich fester Stuhl? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
25. Inkomplette Defäkation Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	26. Digitale Defäkationshilfe Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck unterstützen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	27. Leidensdruck Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark
Andere Symptome:		

Prolaps

Fragen 28–32

Score ____ /15 = ____

28. Fremdkörpergefühl Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	29. Prolapsgefühl Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	30. Reposition für Miktion Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser zu lassen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
31. Reposition zur Defäkation Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	32. Leidensdruck Wie sehr stört Sie Ihre Senkung? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark	Andere Symptome:

Sexualfunktion

Fragen 33–42

Score ____ /21

33. Sexuell aktiv Sind Sie sexuell aktiv? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmässig <i>Wenn hier „gar nicht“ geantwortet wird, dann nur noch Fragen 34 und 42!!</i>	34. Falls kein Sex, warum nicht: <input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/> Partner impotent <input type="checkbox"/> kein Interesse <input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> zu peinlich (Inkontinenz/Prolaps) <input type="checkbox"/> anderes:	35. Lubrikation Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs? 0 ja 1 nein
36. Während des Verkehrs ist die vaginale Empfindung: 0 normal 1 reduziert 3 kein Gefühl 1 schmerzhaft	37. Vaginale Schloffheit Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer	38. Vagina zu eng/Vaginismus Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer
39. Dyspareunie Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? 0 nein – niemals 1 selten 2 meistens 3 immer	40. Dyspareunie wo Wo haben Sie diese Schmerzen? 0 keine Schmerzen 1 am Scheideneingang 1 tief innerlich/im Becken 2 beides	41. Koitale Inkontinenz Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer
42. Leidensdruck Wie sehr stören Sie diese Probleme? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark	Andere Symptome:	

Beckenboden-Dysfunktions-Score _____ /40
 (Blasen-Score + Darm-Score + Prolaps-Score + Sex-Score)