## 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.

DATUM:

## Blasen-Funktion

1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?	2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?
□ bis zu 7	□ 0-1
□ zwischen 8 und 10	□ 2
□ zwischen 11 und 15	□ 3
□ mehr als 15	□ mehr als 3
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen?	4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?
□ niemals	□ niemals
□ manchmal (z.B. weniger als einmal pro Woche)	□ manchmal (z.B. weniger als einmal pro Woche)
□ häufig (z.B. einmal oder mehr pro Woche)	□ häufig (z.B. einmal oder mehr pro Woche)
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?	6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?
□ niemals	□ niemals
□ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?	8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?
□ niemals	□ niemals
□ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?	10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?
□ niemals	□ niemals
☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?	12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
□ nein – niemals	□ niemals
□ vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc.	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ ziemlich häufig	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ regelmässig – täglich	□ meistens – täglich
13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?	14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben
□ nein	(Einkauf, Ausgehen, Sport z.B.)?
□ 1–3 pro Jahr	□ überhaupt nicht
□ 4–12 pro Jahr	□ ein wenig
□ >1 pro Monat	
-	□ stark
15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?	
□ nicht zutreffend – habe kein Problem	
□ überhaupt nicht □ ziemlich	
□ ein wenig □ stark	
20	

## Darm-Funktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?	17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?
□ weniger als einmal pro Woche	8
□ weniger als alle 3 Tage	□ sehr hart
□ mehr als dreimal pro Woche oder täglich	□ dünn/breiig
□ mehr als einmal pro Tag	□ verschieden
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?	19. Nehmen Sie Abführmittel ein?
□ niemals	□ niemals
□ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ meistens – täglich	□ immer – täglich
	WELCHES:
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?	21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass
□ niemals	Sie sie zurückhalten können?
□ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ niemals
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ meistens – täglich	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
	□ meistens – täglich

Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 2009;49:299–307 Baessler/Kempkensteffen

22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?	23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?
□ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	□ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?	25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?
□ niemals	□ niemals □ manchmal zvanigar ale sinmel pro Woche
<ul> <li>□ manchmal – weniger als einmal pro Woche</li> <li>□ häufig – einmal oder mehr pro Woche</li> </ul>	<ul> <li>□ manchmal – weniger als einmal pro Woche</li> <li>□ häufig – einmal oder mehr pro Woche</li> </ul>
□ meistens – täglich	□ meistens – täglich
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm	27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?
oder Damm unterstützen?	□ nicht zutreffend – habe kein Problem
□ niemals	□ überhaupt nicht
manchmal – weniger als einmal pro Woche	□ ein wenig □ ziemlich
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche □ meistens – täglich	□ stark
Senkung  28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?	29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?  □ niemals
□ niemals □ manchmal – weniger als einmal pro Woche	☐ manchmal – weniger als einmal pro Woche
□ häufig – einmal oder mehr pro Woche	☐ häufig – einmal oder mehr pro Woche
□ maining – eminina oder mem pro woene □ meistens – täglich	□ meistens – täglich
30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu	31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?
können?	□ niemals
niemals	□ manchmal – weniger als einmal pro Woche □ häufig – einmal oder mehr pro Woche
<ul> <li>□ manchmal – weniger als einmal pro Woche</li> <li>□ häufig – einmal oder mehr pro Woche</li> </ul>	□ meistens – täglich
□ meistens – täglich	_ motorno tagaten
32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?	
□ nicht zutreffend – habe kein Problem	
□ überhaupt nicht	
□ ein wenig □ ziemlich	
□ stark	
Sexualfunktion	
33. Sind Sie sexuell aktiv?	34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:
□ gar nicht	□ kein Partner
selten	□ Partner impotent
□ regelmässig	□ kein Interesse □ vaginale Trockenheit
Wenn Sie hier "gar nicht" angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur	□ Schmerzen
noch Fragen 34 und 42.	□ zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.)
	□ anderes:
35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?	36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?
□ ja	□ normal □ fühle wenig
□ nein	☐ fühle gar nichts
	□ schmerzhaft
37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?	38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?
□ nein – niemals	nein – niemals
manchmal	□ manchmal □ häufig
□ häufig □ immer	immer
39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?	40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?
□ nein – niemals	□ keine Schmerzen
□ selten	□ am Scheideneingang
□ meistens	□ tief innerlich/im Becken
□ immer 41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?	□ beides 42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?
□ nein – niemals	nicht zutreffend – habe kein Problem
□ manchmal	□ überhaupt nicht
□ häufig	□ ein wenig
□ immer	□ ziemlich □ stark
Falls Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie diese hier fo	ormulieren.
Validierung eines deutschen	Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 30