



Patientenfragebogen Urogynäkologie

Blasenfunktion:

1. Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?
 - sehr gut
 - gut
 - mittelmäßig
 - schlecht
 - sehr schlecht

2. Verlieren Sie Urin, während Sie schlafen?
 - niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich

3. 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

4. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?
 - niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich

5. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?
 - niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich

6. Ist ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?
 - niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich

7. 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
8. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?
- niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich
9. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?
- niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich
10. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?
- niemals
 - vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc.
 - ziemlich - häufig
 - regelmäßig – täglich
11. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (z. B. Einkauf, Ausgehen, Sport)
- überhaupt nicht
 - ein wenig
 - ziemlich
 - stark
12. Wie sehr stört Sie ihr Blasenproblem?
- überhaupt nicht
 - ein wenig
 - ziemlich
 - stark

Darmfunktion:

13. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?
- weniger als einmal pro Woche
 - weniger als alle 3 Tage
 - mehr als dreimal pro Woche oder täglich
 - mehr als einmal pro Tag

14. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?

- weich
- weich und geformt
- sehr hart
- dünn/breiig
- verschieden

15. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?

- niemals
- manchmal – weniger als einmal pro Woche
- häufig – einmal oder mehr pro Woche
- meistens – täglich

16. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?

- niemals
- manchmal – weniger als einmal pro Woche
- häufig – einmal oder mehr pro Woche
- meistens – täglich

17. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?

- niemals
- manchmal – weniger als einmal pro Woche
- häufig – einmal oder mehr pro Woche
- meistens – täglich

18. 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

19. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck unterstützen?

- niemals
- manchmal – weniger als einmal pro Woche
- häufig – einmal oder mehr pro Woche
- meistens – täglich

20. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?

- überhaupt nicht
- ein wenig
- ziemlich
- stark

Senkung:

21. 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
22. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser zu lassen?
- niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich
23. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?
- niemals
 - manchmal – weniger als einmal pro Woche
 - häufig – einmal oder mehr pro Woche
 - meistens – täglich
24. Wie sehr stört Sie die Senkung?
- überhaupt nicht
 - ein wenig
 - ziemlich
 - stark

Sexualfunktion:

25. Sind Sie sexuell aktiv?
- gar nicht
 - selten
 - regelmäßig
- Wenn hier „gar nicht“ geantwortet wird, nur noch Frage 34 beantworten.*
26. Wenn sie keinen Verkehr haben, warum nicht?
- kein Partner
 - Partner impotent
 - kein Interesse
 - vaginale Trockenheit (trockene Scheide)
 - Schmerzen
 - zu peinlich (z. B. wegen Inkontinenz/Senkung)
 - Andere:

27. Wird Ihre Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?
- ja
 - nein
28. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?
- normal
 - fühle wenig
 - fühle gar nichts
 - schmerzhaft
29. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder zu weit ist?
- nein - niemals
 - manchmal
 - häufig
 - immer
30. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder zu straff ist?
- nein - niemals
 - manchmal
 - häufig
 - immer
31. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?
- nein - niemals
 - selten
 - meistens
 - immer
32. Wo haben Sie diese Schmerzen?
- keine Schmerzen
 - am Scheideneingang
 - tief innerlich / Becken
 - beides
33. Verlieren Sie Urin während des Geschlechtsverkehrs?
- nein - niemals
 - selten
 - meistens
 - immer
34. Wie sehr stören Sie diese Probleme?
- nein – überhaupt nicht
 - ein wenig
 - ziemlich
 - stark