

# 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*

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

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

***Darm-Funktion***

<p><b>16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</b></p> <p><input type="checkbox"/> weniger als einmal Woche</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als dreimal pro Woche oder täglich</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als einmal pro Tag</p>	<p><b>17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> weich <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> geformt</span></p> <p><input type="checkbox"/> sehr hart</p> <p><input type="checkbox"/> dünn/breig</p> <p><input type="checkbox"/> verschieden</p>
<p><b>18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p><b>19. Nehmen Sie Abführmittel ein?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> immer – täglich</p> <p>WELCHES:</p>
<p><b>20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p><b>21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p><b>22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p><b>23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>

<p><b>24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</b></p> <p><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</p>	<p><b>25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</b></p> <p><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</p>
<p><b>26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</b></p> <p><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</p>	<p><b>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</b></p> <p>nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  <input type="checkbox"/> ein wenig  <input type="checkbox"/> ziemlich  <input type="checkbox"/> stark</p>

**Senkung**

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

**Sexualfunktion**

<p><b>33. Sind Sie sexuell aktiv?</b></p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> regelmässig</p> <p><i>Wenn Sie hier „gar nicht“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch Frage 34.</i></p>	<p><b>34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:</b></p> <p><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:</p>
<p><b>35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal  <input type="checkbox"/> fühle wenig  <input type="checkbox"/> fühle gar nichts  <input type="checkbox"/> schmerzhaft</p>

<p><b>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>
<p><b>39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> am Scheideneingang</p> <p><input type="checkbox"/> tief innerlich / im Becken</p> <p><input type="checkbox"/> beides</p>
<p><b>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?</b></p> <p>nicht zutreffend - habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>

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