

Bitte beantworten Sie diese Fragen über Ihr Befinden in den letzten 4 Wochen.

Name: _____, Vorname: _____, Alter: _____, Telefon _____

Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg; Frauenarzt: _____

Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

- Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? _____ Liter
- Wie oft müssen Sie tagsüber zur Toilette gehen? ca. _____ mal
- Wie oft müssen Sie nachts zur Toilette gehen? ca. _____ mal
- Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? ☐ ja ☐ nein
- Verlieren Sie unfreiwillig Urin? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, wann verlieren Sie Urin?
 - ☐ vor dem Erreichen der Toilette
 - ☐ beim Husten oder Niesen
 - ☐ während des Schlafes
 - ☐ bei körperlicher Betätigung / Sport
 - ☐ beim Geschlechtsverkehr
 - ☐ nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden
 - ☐ ohne erkennbare Ursache
 - ☐ ständiger Harnverlust
- Wie häufig tritt der Urinverlust auf?
 - ☐ einmal pro Woche oder seltener
 - ☐ zwei- oder dreimal pro Woche
 - ☐ ungefähr einmal pro Tag
 - ☐ mehrmals am Tag
 - ☐ ständig
- Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um einen Urinverlust zu vermeiden? ☐ ja ☐ nein
- Tragen Sie Vorlagen oder Binden als Wäscheschutz? Stück pro Tag _____
- Die Vorlagen / Binden sind beim Wechseln: trocken / feucht / nass
- Gehen Sie häufig zur Toilette, aber es kommt nur wenig Urin? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Brennen / Schmerzen beim Wasserlassen? ☐ ja ☐ nein
- Wie oft haben Sie Blaseninfektionen im Jahr? _____ mal

Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

- Wie häufig haben Sie Stuhlgang? _____ pro Tag / pro Woche
- Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls? weich / breiig / hart
- Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren? ☐ ja ☐ nein
- Helfen Sie manuell (von der Scheide aus) nach, den Stuhl auszudrücken? ☐ ja ☐ nein
- Entweichen Ihnen versehentlich Winde oder Blähungen? ☐ ja ☐ nein
- Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich Stuhl? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? ☐ ja ☐ nein



Bitte wenden!

Wie sehr stört Sie Ihr Senkungsgefühl?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

- Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide bzw. verspüren Sie ein „Druck-Gefühl“ nach unten? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie das Gefühl, die Blase auf der Toilette nicht vollständig zu leeren? ☐ ja ☐ nein
- Müssen Sie auf der Toilette die Sitzposition ändern, um Urin zu lassen? ☐ ja ☐ nein

Stört das Beckenbodenproblem Ihr Sexualleben?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

- Sind Sie sexuell aktiv? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ☐ ja ☐ nein
- Wird die Scheide ausreichend feucht während des Geschlechtsverkehrs? ☐ ja ☐ nein
- Schränken Sie den Geschlechtsverkehr aufgrund von Beschwerden ein bzw. verzichten Sie ganz darauf? ☐ ja ☐ nein

Allgemeine Fragen

- Wie viel Kinder haben Sie geboren? _____
- Wog eines oder mehrere der Kinder mehr als 4000 g? ☐ ja ☐ nein
- Gab es Besonderheiten (Saugglocke, Zange, Beckenendlage, Kaiserschnitt)?

- Hatten Sie einen Dammschnitt oder einen höhergradigen Dammriss? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie schon einmal im gynäkologischen Bereich operiert worden? Wann erfolgte die OP?
Wie erfolgte die OP (durch die Scheide, per Bauchspiegelung oder per Bauchschnitt)?
(z. B. Gebärmutter- oder Eierstocks Entfernung; OP zur Behebung von Senkungsbeschwerden oder Harnverlust)

- Welche anderen Operationen wurden noch bei Ihnen durchgeführt?

- Haben Sie andere Erkrankungen? (Herzerkrankung, Schilddrüsenerkrankung, Diabetes, Krebs, neurologische Erkrankung, andere)

- Wenden Sie Hormonpräparate an? Welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche? _____

- Haben Sie bisher etwas gegen Ihre bestehenden Beschwerden unternommen?

Operation	☐ ja	☐ nein	Elektrostimulation/Magnetfeldtherapie	☐ ja	☐ nein
Pessare, z. B. Ring	☐ ja	☐ nein	Beckenboden-Training	☐ ja	☐ nein
Medikamente	☐ ja	☐ nein	Lasertherapie	☐ ja	☐ nein