

## Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Anwendung im Interview/Anamneseerhebung

PATIENTIN:

DATUM:

Hauptsymptom:

Dauer des Problems:

Sekundär:

### Blasen-Funktion

### Fragen 1-15

Score \_\_\_\_/45 = \_\_\_\_

<b>1. Miktionsfrequenz</b> 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	<b>2. Nykturie</b> Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen? 0 0-1 1 2 2 3 3 mehr als 3	<b>3. Enuresis nocturna</b> Verlieren Sie Urin, während Sie schlafen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
<b>4. Imperativer Harndrang</b> 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	<b>5. Dranginkontinenz</b> 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	<b>6. Stressinkontinenz</b> 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
<b>7. Schwacher Urinstrahl</b> Ist Ihr Harnstrahl schwach/verlangsamt/verlängert? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	<b>8. Inkomplette Entleerung</b> 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	<b>9. Pressen zur Miktio</b> Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
<b>10. Vorlagen-Gebrauch</b> 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	<b>11. Reduzierte Trinkmenge</b> 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	<b>12. Dysurie</b> Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
<b>13. Rezidivierende HWI</b> Haben Sie häufig Blaseninfektionen? 0 nein 1 1-3/Jahr 2 4-12/Jahr 3 >1/Monat	<b>14. Lebensqualität</b> Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben (Einkauf, Ausgehen, Sport...)? 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark	<b>15. Leidensdruck</b> Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark
<b>Andere Symptome:</b>		

### Darm-Funktion

### Fragen 16-27

Score \_\_\_\_/34 = \_\_\_\_

<b>16. Stuhlfrequenz</b> 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	<b>17. Stuhlkonsistenz</b> Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen? 0 weich                      0 geformt 1 sehr hart 2 dünn/breig 1 variabel	<b>18. Pressen beim Stuhlgang</b> Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich
<b>19. Laxantien-Gebrauch</b> Nehmen Sie Abführmittel ein? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	<b>20. Obstipation</b> Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden? 0 niemals 1 manchmal – weniger als 1/Woche 2 häufig – einmal oder mehr/Woche 3 meistens – täglich	<b>21. Windinkontinenz</b> 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

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

**Prolaps**

**Fragen 28–32**

Score \_\_\_\_ /15 = \_\_\_\_

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

**Sexualfunktion**

**Fragen 33–42**

Score \_\_\_\_ /21

<b>33. Sexuell aktiv</b> 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>	<b>34. Falls kein Sex, warum nicht:</b> <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:	<b>35. Lubrikation</b> Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs? 0 ja 1 nein
<b>36. Während des Verkehrs ist die vaginale Empfindung:</b> 0 normal 1 reduziert 3 kein Gefühl 1 schmerzhaft	<b>37. Vaginale Schloffheit</b> Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer	<b>38. Vagina zu eng/Vaginismus</b> Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer
<b>39. Dyspareunie</b> Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? 0 nein – niemals 1 selten 2 meistens 3 immer	<b>40. Dyspareunie wo</b> Wo haben Sie diese Schmerzen? 0 keine Schmerzen 1 am Scheideneingang 1 tief innerlich/im Becken 2 beides	<b>41. Koitale Inkontinenz</b> Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr? 0 nein – niemals 1 manchmal 2 häufig 3 immer
<b>42. Leidensdruck</b> Wie sehr stören Sie diese Probleme? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark	<b>Andere Symptome:</b>	

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