

Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Anwendung im Interview/Anamneseerhebung

PATIENTIN:

DATUM:

Hauptsymptom:

Dauer des Problems:

Sekundär:

Blasen-Funktion

Fragen 1-15

Score ____/45 = ____

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

Darm-Funktion

Fragen 16-27

Score ____/34 = ____

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

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

Prolaps

Fragen 28–32

Score ____ /15 = ____

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

Sexualfunktion

Fragen 33–42

Score ____ /21

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

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

Bitte füllen Sie dieses **3-tägige** Blasentagebuch aus. Tragen Sie folgende Angaben in jede Spalte der entsprechenden Uhrzeit ein. Sie können die angegebenen Zeiten abändern, falls nötig. In der Zeitspalte schreiben Sie bitte dann **BETT**, wann Sie zu Bett gegangen sind, und **WACH**, wann Sie aufgewacht sind.

Getränke Notieren Sie die Menge, die Sie getrunken haben und die Art des Getränks.

Harnmenge Notieren Sie, Tag und Nacht, die Harnmenge, die Sie ausgeschieden haben in Milliliter. Sie können jeglichen Messbecher benutzen. Falls Sie uriniert haben und die Menge nicht messen konnten, setzen Sie bitte einen Haken in die Spalte. Wenn Sie zu irgendeiner Zeit ungewollt/unfreiwillig Urin verloren haben (egal welche Menge), notieren Sie hier **NASS**.

Blasengefühl Beschreiben Sie, wie sich Ihre Blase angefühlt hat, als Sie zur Toilette gingen, indem Sie folgende Codes benutzen:

0 - Wenn Sie keinen Harndrang verspürt haben, aber aus "sozialen Gründen" zur Toilette sind, zum Bsp. kurz vor dem Ausgehen, oder Unsicherheit über die Verfügbarkeit der nächsten Toilette.

1 - Wenn Sie einen normalen Harndrang verspürt haben und keine **Dringlichkeit**. "Dringlichkeit" *unterscheidet sich von normalem Blasenempfinden und ist das plötzliche, zwingende Verlangen zu urinieren, das schwer aufzuschieben ist, oder ein plötzliches Gefühl urinieren zu müssen und wenn Sie es nicht tun, werden Sie ein Missgeschick haben.*

2 - Wenn Sie Dringlichkeit verspürt haben, diese aber abgeklungen ist, bevor Sie auf die Toilette gingen.

3 - Wenn Sie Dringlichkeit verspürt haben, aber rechtzeitig zur Toilette sind, immer noch mit Dringlichkeit, aber ohne ungewollten Urinverlust.

4 - Wenn Sie Dringlichkeit verspürt und es nicht rechtzeitig zur Toilette geschafft haben und deshalb ungewollt Urin verloren haben.

Einlagen Wenn Sie eine Einlage einsetzen oder wechseln, setzen Sie einen Haken in die Spalte "Einlagen".

Hier ein Beispiel, wie das Blasentagebuch auszufüllen ist:

Uhrzeit	Getränke		Harnmenge	Harndrang	Einlagen
	Menge	Art			
6:00 WACH			350ml	2	
7:00	300ml	Tee			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Glas	Wasser	Nass	3	✓

TAG 1 DATUM: ____ / ____ / ____

Uhrzeit	Getränke		Harnmenge (ml)	Harndrang	Einlagen
	Menge	Art			
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00					

TAG 2 DATUM: ____ / ____ / ____

Uhrzeit	Getränke		Harn- menge (ml)	Harndrang	Ein- lagen
	Menge	Art			
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00					

TAG 3 DATUM: ____ / ____ / ____

Uhrzeit	Getränke		Harn- menge (ml)	Harndrang	Ein- lagen
	Menge	Art			
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00					

Harndrang Codes

- 0** - Kein Harndrang, aber zur Toilette aus "sozialen Gründen"
- 1** – Normaler Harndrang, keine Dringlichkeit
- 2** – Dringlichkeit, aber abgeklungen bevor Sie auf die Toilette sind
- 3** – Dringlichkeit, aber rechtzeitig zur Toilette, immer noch mit Dringlichkeit aber ohne ungewollten Urinverlust
- 4** – Dringlichkeit, nicht rechtzeitig zur Toilette und deshalb ungewollter Urinverlust.