

Fragebogen des Beckenboden- und Kontinenzentrums Pfalz



Wir bitten Sie den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Er hilft uns, schneller die Ursachen ihrer Beschwerden zu erkennen. Wenn Fragen für Sie nicht zu beantworten sind, weil sie beispielsweise auf das andere Geschlecht bezogen sind, bitten wir sie diese einfach unbeantwortet stehen zu lassen. Ansonsten geben sie die am ehesten für sie zutreffende Antwort. Es gibt keine falsche Antwort.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Frauenarzt/Urologe/Hausarzt:



Allgemeine Krankengeschichte

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

(ehemaliger) Beruf: _____

Rauchen Sie: ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein: ja nein

Wenn ja welche:

Ist bei Ihnen eine neurologische Erkrankung bekannt (Multiple Sklerose, M. Parkinson, Demenz, Querschnittslähmung...) ja nein

Haben Sie einen Diabetes mellitus? ja nein

Haben Sie einen erhöhten Blutdruck? ja nein

Haben Sie eine Herzerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Lungenerkrankung (z.B. Asthma)? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie einen grünen Star (Glaukom)? ja nein



Fragen zur Sexualität

Haben sie Geschlechtsverkehr?

ja nein

Haben Sie Beschwerden beim
Geschlechtsverkehr?

ja nein

Haben Sie Schmerzen beim
Geschlechtsverkehr?

ja nein



Für Damen: Gynäkologische Vorgeschichte

Haben sie noch regelmäßig ihre Periode? ja nein

In den Wechseljahren seit: _____

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie: _____

Wie viele Geburten hatten Sie: _____

Dammrisse? _____

Dammschnitte? _____

Geburtsmodus (Kaiserschnitt/spontan Geburt)? _____

Zangen-/Saugglockengeburt? _____

Kommentar _____

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Unterleibsoperation durchgeführt? ja nein

Wenn Ja, welche? _____ Wann? _____

_____ Wann? _____

_____ Wann? _____



Haben Sie Senkungsbeschwerden? ja nein

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? ja nein

Verspüren Sie ein Druckgefühl in der Scheide? ja nein

Ist das Wasserlassen erschwert? ja nein

Kommt etwas aus der Scheide raus? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Senkungsoperation durchgeführt? ja nein

Wurde bei ihnen schon einmal eine Hormontherapie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Präparat:

Pflaster Vaginalzäpfchen Vaginalcreme

Erbrachte die Therapie eine Besserung ihrer Beschwerden? ja nein

Haben Sie häufig vaginale Infektionen (z.B. Scheidenpilz)? ja nein

Wenn ja, welche? _____ Wie oft? _____ pro Jahr

Kommentar



Urologische Vorgeschichte

Haben Sie schon einmal ein Miktionsprotokoll geführt? ja nein

Wieviel trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie bevorzugt? _____

Seit wann bestehen ihre Beschwerden? _____

Haben Sie häufig Harnwegsinfekte? ja nein

Wenn ja, wie häufig mussten diese mit einem Antibiotikum behandelt werden? _____ pro Jahr

Hatten Sie schon einmal eine Langzeittherapie mit Antibiotika? (z.B. über mehrere Monate) ja nein

Haben Sie das Gefühl die Harnblase nicht vollständig entleeren zu können? ja nein

Haben Sie das Gefühl es bleibt ein Resturin in der Harnblase? ja nein

Haben Sie oft einen plötzlichen Harndrang? ja nein

Wenn ja, ist dieser mit einem Urinverlust verbunden? ja nein

Können Sie bei dem plötzlichen Harndrang die Miktions/bzw. den Urinverlust noch etwas hinauszögern? ja nein

Verlieren Sie Urin bei Harndrang bevor Sie es auf die Toilette schaffen? ja nein



Verlieren Sie nachts Urin? ja nein

Werden Sie durch den Harndrang nachts geweckt? ja nein

Nehmen Sie entwässernde Medikamente? ja nein

Können Sie bei dem plötzlichen Harndrang die Miktion/bzw. den Urinverlust noch etwas hinauszögern? ja nein

Verlieren Sie ungewollt Urin? ja nein

Wie viele Vorlagen benötigen Sie? _____ pro Tag

Welche Größe haben die Vorlagen, die Sie benutzen (MaxiBinde, Slipeinlage)? _____

Verlieren Sie ungewollt Urin? ja nein

Verlieren Sie ungewollt Urin beim Gehen, Laufen, Joggen, Heben, Niesen, Husten, Sport oder jeglicher anderen Anstrengung? ja nein

Reduzieren Sie Ihre Trinkmenge aufgrund Ihres Urinverlustes? ja nein

Hatten Sie bereits eine Inkontinenztherapie? ja nein

Wenn ja:

Physiotherapie, Beckenbodentraining

Medikamente

chirurgische Therapie (Botox, Bandeinlage, ...)



Fragen zum Stuhlverhalten

Leiden Sie an einer Verstopfung (Obstipation)? ja nein

Wenn ja seit wann? _____

Waren Sie wegen diesen Beschwerden schon einmal in Behandlung? ja nein

Waren Sie schon einmal wegen dieser Beschwerden bei einer Ernährungsberatung? ja nein

Haben Sie schon Medikamente (Stuhlweichmacher) aufgrund der Verstopfung erhalten? ja nein

Leiden Sie an Durchfall? ja nein

Haben Sie abwechselnd Verstopfung und Durchfall? ja nein

Gehen ungewollt Winde ab? ja nein

Verlieren Sie ungewollt Stuhl? ja nein

Wenn ja, wie häufig? _____ pro Woche

Leiden sie an Stuhlschmierern? ja nein

Haben Sie Hämorrhoiden? ja nein

Wenn ja, wurden diese schon einmal behandelt?

mit Salbe chirurgisch

Haben Sie das Gefühl Ihr Darm kommt nach dem Stuhlgang heraus? ja nein

Müssen Sie nach dem Stuhlgang wieder etwas zurückdrücken? ja nein



Fragen zur Lebensqualität

Haben Sie Angst aufgrund Ihrer Beschwerden das Haus zu verlassen? ja nein

Hindern Sie ihre Probleme das zu tun was Sie gerne tun möchten? ja nein

Haben Sie das Gefühl das Ihre Beschwerden Ihre Gedanken/Ihr Leben beherrschen? ja nein

Haben Sie Angst mit jemandem über Ihre Beschwerden zu sprechen? ja nein

Sehen Sie sich selbst als einen „gesunden Menschen“? ja nein

Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt? ja nein

Warum stellen Sie sich bei uns im Beckenbodenzentrum vor?

Worunter leiden Sie am meisten?

Danke für die Beantwortung dieses Fragebogens!

