

# 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

Haben Sie Erektionsstörungen?

ja  nein



## 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 Miktion/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

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

Wenn ja:

Physiotherapie, Beckenbodentraining

Medikamente

chirurgische Therapie (Botox, Bandeinlage, ...)



## Für Herren: Prostatafragen

Haben sie schon einmal ihren PSA-Wert bestimmen lassen?  ja  nein

Wenn ja, wie hoch war der letzte PSA-Wert? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?  ja  nein

Wurde bei Ihnen die Prostata entfernt?  ja  nein

Wenn Ja, welche Art der Operation?

---

Wann war die Operation? \_\_\_\_\_

Kommentar

---

---

---

---

---



## 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!**

