



Frauenklinik
Leiterin: Dr. med. Gesine Meili

Leiter Beckenbodenzentrum
Dr. med. Peter Kleimann, Leitender Arzt Gynäkologie
Dr. med. Jure Tomic Leitender Arzt Urologie

Kontakt Beckenbodenzentrum
Tel. 052 266 30 30
beckenbodenzentrum@ksw.ch

Deutscher Beckenboden Fragebogen und ICIQ-Kontinenz Fragebogen

- vor Therapie**
- nach Therapie**

Dieser Fragebogen stellt in Teilen die Qualitätssicherung der Zertifizierung von Interdisziplinären Beckenbodenzentren dar. Die wissenschaftliche Auswertung des Fragebogens betrachtet alle Patientinnen, die in der urogynäkologischen Sprechstunde behandelt werden. Die Behandlungen umfassen sowohl operative als auch konservative / medikamentöse Therapieformen.

Mit der Beantwortung des Fragebogens erklärt sich die Patientin mit der anonymen Nutzung dieser Daten für Zwecke der Wissenschaft und der Qualitätssicherung einverstanden.

Der Fragebogen wird zu Beginn der Behandlung sowie nach Therapieende ausgegeben.

Kreuzen Sie die jeweilige Antwort an, welche **bezogen auf den letzten Monat am besten für Sie zutrifft. Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus und bringen Sie ihn zu Ihrem nächsten Termin wieder mit.**

Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Blasen-Funktion

1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?

- bis zu 7 zwischen 8-10 zwischen 11-15 mehr als 15

2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?

- 0-1 2 3 mehr als 3

	niemals	manchmal – weniger als 1x pro Woche	häufig – 1x oder mehr pro Woche	meistens – täglich
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen?				
4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?				
5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?				
6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?				
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?				
8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?				
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?				
10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?				

11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?

- niemals vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc. ziemlich – häufig regelmässig – täglich

12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

13. Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

- nein 1-3 pro Jahr 4-12 pro Jahr > 1 pro Monat

14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben (z. B. Einkauf, Ausgehen, Sport)

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark

15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark
 nicht zutreffend – habe kein Problem



Darm-Funktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

- weniger als 1x pro Woche weniger als alle 3 Tage
 mehr als 3x pro Woche oder täglich mehr als 1x pro Tag

17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?

- weich sehr hart dünn / breiig verschieden geformt

	niemals	manchmal – weniger als 1x pro Woche	häufig – 1x oder mehr pro Woche	meistens – täglich
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?				
19. Nehmen Sie Abführmittel ein? WELCHES?				
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?				
21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können?				
22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?				
23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?				
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?				
25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?				
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?				

27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark
 nicht zutreffend – habe kein Problem



Senkung

	niemals	manchmal – weniger als 1x pro Woche	häufig – 1x oder mehr pro Woche	meistens – täglich
28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?				
29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?				
30. Müssen Sie die Senkung zurückziehen, um Wasser lassen zu können?				
31. Müssen Sie die Senkung zurückziehen zum Stuhlgang?				

32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark
 nicht zutreffend – habe kein Problem

Sexual-Funktion

33. Sind Sie sexuell aktiv?

- gar nicht selten regelmässig

Wenn Sie hier "gar nicht" angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch Frage 34 und Frage 42.

34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum?

- kein Partner Partner impotent kein Interesse vaginale Trockenheit
 Schmerzen zu peinlich (z.B. wegen Inkontinenz / Senkung)
 anderes: _____

35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?

- ja nein

36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?

- normal fühle wenig fühle gar nichts schmerhaft



	niemals	manchmal – weniger als 1x pro Woche	häufig – 1x oder mehr pro Woche	meistens – täglich
37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?				
38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?				
39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?				

40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?

keine Schmerzen am Scheideneingang tief innerlich / im Becken beides

41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?

niemals manchmal häufig immer

42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark
 nicht zutreffend – habe kein Problem

Falls Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie diese hier formulieren:



Continence Society 2004, Paris. Baessler K, O'Neill S, Maher C, Battistutta D. Neurorol and Urodynam 2004; 23 (5-6), 398-399.

ICIQ Patientenfragebogen - Harninkontinenz

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?

Bitte ein Feld ankreuzen

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Sehr schlecht						Ausgezeichnet				

Kontinenz

Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist.

1. Wie häufig verlieren Sie Harn? 0 <input type="checkbox"/> niemals 1 <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Woche oder weniger 2 <input type="checkbox"/> 2 oder 3x pro Woche 3 <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Tag 4 <input type="checkbox"/> mehrmals am Tag 5 <input type="checkbox"/> ständig	2. Wieviel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht) 0 <input type="checkbox"/> kein Harnverlust 2 <input type="checkbox"/> eine kleine Menge Harn 4 <input type="checkbox"/> eine mittelgrosse Menge Harn 6 <input type="checkbox"/> eine grosse Menge Harn
---	--

3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?

Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht						Schwerwiegend				

4. Wann verlieren Sie Harn? Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen

- niemals – kein Harnverlust
- Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette
- Harnverlust beim Husten oder Niesen
- Harnverlust während des Schlafes
- Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität
- Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden
- Harnverlust ohne erkennbare Ursache
- ständiger Harnverlust