

## Beckenbodenklinik

Stiftungsklinikum PROSELIS

Standort Prosper-Hospital Recklinghausen

# Patienteninformation und Fragebogen

Liebe Patientin,

Sie kommen in unsere Sprechstunde, weil Sie Probleme mit der Blase oder Senkungsbeschwerden haben.

### Was erwartet Sie?

Zunächst befragen wir Sie genau zu Ihren Beschwerden. Dies geschieht sowohl im **persönlichen Gespräch** als auch mittels eines **Fragebogens**, den Sie auf den folgenden Seiten finden und den wir Sie bitten vorab auszufüllen. Kommen Sie zum ersten Mal zu uns in die Blasensprechstunde, dann möchten wir Sie bitten alle Fragen zu beantworten. Kommen Sie zur Kontrolle sollten Sie erneut alle Fragen von 1 bis 42 ausfüllen, denn nur so können wir den Erfolg der von uns eingeleiteten Therapie überprüfen. Die Fragen 43 bis 51 können Sie bei der Wiedervorstellung unbeantwortet lassen. Wenn Sie Probleme bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, dann können Sie diese im nachfolgenden Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin abklären.

*Da wir wissen, dass die Beantwortung des Fragebogens u. U. viel Zeit in Anspruch nimmt, möchten wir uns an dieser Stelle vorab für Ihre Geduld und Verständnis bedanken. ☺*

Danach findet eine **Untersuchung** wie beim Frauenarzt auf dem gynäkologischen Stuhl statt. Dabei achten wir insbesondere auf Senkungen und den Beckenboden. **Möglicherweise** ergibt sich hieraus die Notwendigkeit einer **Blasendruck-Messung**.

### Was ist eine Blasendruck-Messung und wie wird sie durchgeführt?

Das Ziel der Blasendruck-Messung ist es, die beste Therapie für Ihre Beschwerden zu finden. Hierzu messen wir den Druck in der Blase und in der Harnröhre. Zunächst wird ein dünner Katheter durch die Harnröhre in die Blase geschoben. Das Einführen des Katheters verursacht in aller Regel keine Schmerzen. Im Weiteren wird durch den Katheter langsam Wasser in die Blase gefüllt. Danach messen wir mit dem Katheter den Druck in der Harnblase und Harnröhre. Sie spüren bei dieser Messung lediglich ein Vibrieren. Im Rahmen der Untersuchung bitten wir Sie mehrmals kräftig zu husten. Bekanntermaßen kann es bei der Untersuchung zum Urinabgang kommen, dies muss Ihnen nicht unangenehm sein.

In manchen Fällen ergibt sich aus den erhobenen Befunden die Notwendigkeit zu ergänzenden Untersuchungen. Abschließend werden die **Untersuchungsergebnisse** erläutert und mit Ihnen die **Therapiemöglichkeiten** besprochen.

Ihr Beckenbodenteam

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Befinden in den vergange-  
nen VIER Wochen

NAME:

DATUM:

**Blasen-Funktion**

<p><b>1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 7  <input type="checkbox"/> zwischen 8-10  <input type="checkbox"/> zwischen 11-15  <input type="checkbox"/> mehr als 15</p>	<p><b>2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0-1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> mehr als 3</p>
<p><b>3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal-(z.B.weniger als einmal pro Woche)  <input type="checkbox"/> häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche)  <input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>	<p><b>4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal-(z.B.weniger als 1x pro Woche)  <input type="checkbox"/> häufig – (z.B.einmal oder mehr pro Woche)  <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals  <input type="checkbox"/> vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc.  <input type="checkbox"/> ziemlich - häufig  <input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p><b>12. Haben Sie Schmerzen beim Wasser lassen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>

<p><b>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> 1-3 pro Jahr  <input type="checkbox"/> 4-12 pro Jahr  <input type="checkbox"/> &gt; 1 pro Monat</p>	<p><b>14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Einkauf, Ausgehen, Sport z.B.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  <input type="checkbox"/> ein wenig  <input type="checkbox"/> ziemlich  <input type="checkbox"/> stark</p>
<p><b>15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem  <input type="checkbox"/> überhaupt nicht  <input type="checkbox"/> ein wenig  <input type="checkbox"/> ziemlich  <input type="checkbox"/> stark</p>	

**Darm-Funktion**

<p><b>16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</b></p> <p><input type="checkbox"/> weniger als einmal Woche  <input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage  <input type="checkbox"/> mehr als dreimal pro Woche oder täglich  <input type="checkbox"/> mehr als einmal pro Tag</p>	<p><b>17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> weich / geformt  <input type="checkbox"/> sehr hart  <input type="checkbox"/> dünn/breiig  <input type="checkbox"/> verschieden</p>
<p><b>18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>19. Nehmen Sie Abführmittel ein?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich  <b>WELCHES:</b></p>
<p><b>20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>	<p><b>21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass sie sie halten können?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>
<p><b>22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>	<p><b>23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>
<p><b>24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>	<p><b>25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals  <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche  <input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche  <input type="checkbox"/> täglich</p>

<p><b>26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> täglich</p>	<p><b>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>
---	---

*Senkung*

<p><b>28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>29. Haben das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?</b></p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als einmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – einmal oder mehr pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>
<p><b>32. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>	

*Sexualfunktion*

<p><b>33. Sind Sie sexuell aktiv?</b></p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p> <p><i>Wenn Sie hier „gar nicht“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch Frage 34 und fahren dann bei Frage 43 fort.</i></p>	<p><b>34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> kein Partner</p> <p><input type="checkbox"/> Partner impotent</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Interesse</p> <p><input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> zu peinlich (wegen Inkontinenz/Senkung z.B.)</p> <p><input type="checkbox"/> anderes:</p>
<p><b>35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> fühle gar nichts oder sehr wenig</p> <p><input type="checkbox"/> schmerzhaft</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p>

<p><b>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>
<p><b>39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> am Scheideneingang</p> <p><input type="checkbox"/> tief innerlich / im Becken</p> <p><input type="checkbox"/> beides</p>
<p><b>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein - niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>

*Allgemeine Fragen, bitte nur beim ersten Besuch in der Blasensprechstunde beantworten.*

<p><b>43. Haben Sie Kinder geboren?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> normale Geburt</p> <p><input type="checkbox"/> Zangen – oder Saugglockengeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Kaiserschnitt</p> <p>Wie oft haben Sie geboren? ____</p>	<p><b>44. Wann war Ihre letzte Regelblutung?</b></p>
<p><b>45. Verwenden Sie Hormone ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Welche:</p>	<p><b>46. Hatten Sie schon Operationen am Unterleib?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Welche und Wann:</p>
<p><b>47. Nehmen Sie Medikamente ein?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Welche:</p>	<p><b>48. Haben Sie Allergien?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Welche:</p>

<p>49. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)</li> <li><input type="checkbox"/> Asthma</li> <li><input type="checkbox"/> Hohen Blutdruck</li> <li><input type="checkbox"/> Herzerkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Nierenerkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Andere <i>Erkrankungen:</i></li> </ul>	<p>50. Rauchen Sie?</p>
<p>51. Wie groß sind Sie? _____,</p>	<p>52. Wieviel wiegen Sie? _____</p>

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.