



Untersuchungsdatum: _____

ID-Nr. der Pat.: _____

Beckenbodenzentrum – Uro-Gynäkologie

Liebe Patientin!

Wir möchten Sie ganz herzlich in unserem uro-gynäkologischen Beckenboden-Zentrum der Frauenklinik im AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG begrüßen.

Bitte haben Sie keine Angst vor dem Gespräch oder vor der Untersuchung – auch wenn wir Ihnen einige sehr persönliche Fragen stellen werden. Sie können für Gespräch und Untersuchung ca. 1 – 1,5 Stunde Zeit einrechnen. Unser Bemühen steht ganz unter dem Motto:

ein schwacher Beckenboden braucht Unterstützung!

Wir hoffen, Ihnen diese Unterstützung anbieten zu können. Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten, was Sie nicht beantworten können/möchten, lassen Sie bitte einfach offen.

Ihre Telefon-Nummer(n) _____

Ihre E-Mail-Adresse _____

Bericht soll erhalten: Frauenarzt/-ärztin _____

Andere/r Arzt/Ärztin _____ Sie selbst

Wie sind Sie auf unser Beckenboden-Zentrum aufmerksam geworden?

Schildern Sie bitte kurz in eigenen Worten Ihre Beschwerden:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und Ihre Offenheit, Ihre

Dr. Stephany Ostermann
Oberärztin, Leitung Beckenbodenzentrum

Dr. Maike Gronewold
Fachärztin, stellvertr. Leitung

1. Allgemeine Angaben / Erkrankungen:

Ihr Alter ? ____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Berufstätigkeit: _____ Partnerschaft alleinlebend

1.1. Erkrankungen? nein

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | Wogegen? _____ | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibe | <input type="checkbox"/> Blutzucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rauchen? ____/Tag |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wechseljahrsprobleme | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen | Welche? _____ | |

1.2. Medikamente? nein

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Hormone | Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel | Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente | Welche? _____ |

1.3. Müssen Sie beruflich/privat **schwer heben**? nein ja

2. Geburten: nein, weiter zu -> 3. ja

Wann? _____ Anzahl-Geburten: _____ davon ____ x auf "normalem Weg"
____ x per Saugglocke ____ x per Zange ____ x per Kaiserschnitt

Gewicht Ihres schwersten Kindes bei Geburt? _____ kg

Dammverletzung? nein ja Anmerkungen: _____

Letzte Regelblutung? _____ aktuell schwanger? nein ja ??

3. Relevante-OPs? nein; weiter zu -> 4.

3.1. **Gebärmutter-OP**? Wann ? _____ Warum? _____
OP-Methode? _____

3.2. **Eierstock/Eileiter-OP**? Wann ? _____ Warum? _____
OP-Methode? _____

3.3. **"Blasen-OP"**? Wann ? _____ Warum? _____

<input type="checkbox"/> "Bändchen-OP" (TVT)	<input type="checkbox"/> über die Scheide (Plastiken)	<input type="checkbox"/> mit "Netz"
<input type="checkbox"/> Bauchschnitt	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung	<input type="checkbox"/> Erfolg? _____

Anmerkungen: _____

3.4. **„Darm-OP“**? Wann ? _____ Warum? _____

OP-Methode? _____

<input type="checkbox"/> über die Scheide (Plastiken)	<input type="checkbox"/> mit "Netz"	<input type="checkbox"/> Bauchschnitt	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung
<input type="checkbox"/> andere OP: _____	<input type="checkbox"/> Erfolg? _____	Wie lange? _____	

Anmerkungen: _____

3.5. **Andere Bauch-OP?** Wann ? _____ Warum? _____

Anmerkungen: _____

3.6. **Gelenk-OPs?** Wann ? _____ Warum? _____

Anmerkungen: _____

4. **Bestrahlung?** Wann ? _____ Warum? _____

Anmerkungen: _____

5. **Treiben Sie Sport?** nein gelegentlich regelmäßig täglich

Was für Sport ? _____

6. **Bisherige Beckenboden-Therapie:?** nein ja

Beckenboden-Training? nein ja wann? _____

alleine in einer Gruppe bei einer/m Physiotherapeutin/en

woanders _____

Elektrostimulation? nein ja wann? _____

Pessar-Therapie nein ja wann? _____

Tampon Ring Urethra-Pessar Schale

Würfel anderes Pessar? _____

Besteht Interesse, dieses zu probieren? nein evtl. ja

Nachfolgende Fragen sind analog des deutschen Beckenbodenfragebogens zur Erfassung von Blasen-, Darm-, Senkungs- und sexueller Probleme, deren Schweregrad und die Auswirkungen auf die Lebensqualität (Baessler und Kempkensteffen 2009).

7. Blasen-Funktion – in den letzten 4 Wochen

7.1. **Trinkmenge:** ca. ____l/Tag Warum gehen Sie **am Tage** zum Wasserlassen?

meist wegen Harndranges meist vorbeugend aus Gewohnheit

7.2. Falls Sie **nachts Wasser lassen**, warum gehen Sie dann?

meist wegen Harndranges wegen Schlafstörungen aus Gewohnheit

1. Wie häufig lassen Sie am Tag Wasser? <input type="checkbox"/> bis zu 7x/Tag <input type="checkbox"/> 8–10x/Tag <input type="checkbox"/> 11–15x/Tag <input type="checkbox"/> mehr als 15x/Tag	2. Wie häufig lassen Sie nachts Wasser? <input type="checkbox"/> 0–1x/Nacht <input type="checkbox"/> 2x/Nacht <input type="checkbox"/> 3x/Nacht <input type="checkbox"/> mehr als 3x/Nacht
3. Verlieren Sie im Schlaf Urin? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens täglich	4. Ist der Drang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? <input type="checkbox"/> niemals- <i>ich kann noch gut warten</i> <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo. – <input type="checkbox"/> ich muss meist in ca. 10-15 Min. gehen <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens täglich
5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreicht haben? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens täglich	6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen, Sport? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens täglich

<p>6.1. Verlieren Sie noch aus anderen Gründen Urin?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Heben <input type="checkbox"/> Treppesteigen <input type="checkbox"/> Aufstehen</p> <p><input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Liegen/in Ruhe</p> <p><input type="checkbox"/> unbemerkt/“ständig nass“</p> <p><input type="checkbox"/> andere Gründe:</p>	<p>Weitere Gründe des Urinverlustes?</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> beim Verkehr <input type="checkbox"/> bei sex. Erregung</p> <p><input type="checkbox"/> wenn ich nach Hause komme/vor der Haustür</p> <p><input type="checkbox"/> beim Hören/Arbeiten mit Wasser</p> <p><input type="checkbox"/> nach Genuss von Tee/Kaffee Alkohol</p>
<p>7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens täglich</p>	<p>8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens täglich</p>
<p>9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens täglich</p>	<p>10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen Urinverlustes?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens täglich</p>
<p>10.1. Welchen Wäscheschutz verwenden Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Slipseinlagen</p> <p><input type="checkbox"/> normale Binden</p> <p><input type="checkbox"/> große Inkontinenz-Vorlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Windeln/Höschen</p>	<p>11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein – niemals</p> <p><input type="checkbox"/> vorm Aus-dem-Haus-Gehen etc.</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich – häufig</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig - täglich</p>
<p>12. Haben Sie Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</p> <p><input type="checkbox"/> aktuell nein, aber früher sehr häufig</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1–3x/Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> 4–12x/Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 1x/Monat</p>
<p>12.1. Haben Sie Ruhe-Schmerzen bzw. Brennen – ohne Wasserlassen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal - weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>Wann zuletzt: _____</p> <p>Welche Therapie(n):</p>
<p>13.1. Falls Sie unter Blaseninfekten leiden, wieso?</p> <p><input type="checkbox"/> häufig nach Geschlechtsverkehr</p> <p><input type="checkbox"/> wenn ich mich „unterkühle“</p> <p><input type="checkbox"/> ohne besonderen Grund / weiß ich nicht</p> <p><input type="checkbox"/> anderer Grund:</p>	<p>14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägl. Leben? (z. B. Einkauf, Ausgehen, Sport?)</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 wobei besonders:</p>
<p>14.1. Welche Blasenuntersuchungen wurden durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> weiß ich nicht mehr</p> <p><input type="checkbox"/> Urin-Untersuchung <input type="checkbox"/> Urin-Tagebuch</p> <p><input type="checkbox"/> Blasen-Spiegelung</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgen-Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Blasendruck-Messung</p> <p><input type="checkbox"/> Entleerung auf einer “Messtoilette“</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>Ergebnisse:</p>	<p>14.2. Haben Sie bereits “spezielle“ Blasenmedikamente erhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> noch nie</p> <p><input type="checkbox"/> früher schon mal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> ständig</p> <hr/> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie mit gutem Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie mit mäßigem Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie ohne Erfolg</p>

<p>15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – ich habe keine Probleme</p> <p>Leidensdruckskala ☺ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☹</p>	<p>15.1. Wünschen Sie wegen "Ihrer Blasenprobleme" eine OP?</p> <p><input type="checkbox"/> auf keinen Fall <input type="checkbox"/> ich bin sehr unentschlossen <input type="checkbox"/> wenn es medizinisch sinnvoll ist <input type="checkbox"/> ja, am liebsten sofort</p> <hr/> <p>OP-Wunsch: ☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>
---	---

Bestehen die Blasenprobleme evtl. schon länger als 4 Wochen? nein
 ja, seit ca. _____ Monaten oder seit ca. _____ Jahren

8. Darm-Funktion – in den letzten 4 Wochen?

<p>16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 1x/Tag : ca.: _____ <input type="checkbox"/> mehr als 3x/Wo. oder täglich <input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage <input type="checkbox"/> weniger als 1x/Wo.</p>	<p>17. Stuhlkonsistenz?</p> <p><input type="checkbox"/> dünn/breiig; Durchfälle <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> verschieden <input type="checkbox"/> sehr hart</p>
<p>18. Müssen Sie sehr stark pressen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>	<p>19. Nehmen Sie Abführmittel?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich -> Welche/s?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Therapie mit gutem Erfolg <input type="checkbox"/> Therapie mit mäßigem Erfolg <input type="checkbox"/> Therapie ohne Erfolg</p>
<p>20. Leiden Sie unter Verstopfung?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>21. Entweichen unkontrolliert Winde?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>23. Verlieren Sie dünnen Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1 x oder mehr/ Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>24. Verlieren Sie festen Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo. <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo. <input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>	<p>27. Wie sehr stören Sie Ihre Darmprobleme?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – ich habe keine Probleme</p> <p>Leidensdruckskala ☺ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☹</p>

<p>27.1. Welche Darmuntersuchungen wurden durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> weiß ich nicht mehr</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl-Untersuchung <input type="checkbox"/> Stuhl-Tagebuch</p> <p><input type="checkbox"/> Spiegelung: <input type="checkbox"/> Rectoskopie <input type="checkbox"/> Coloskopie</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> vom Schließmuskel</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Darm-Passage-Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> Druck-Messung vom Schließmuskel</p> <p><input type="checkbox"/> Entleerung unter Röntgenkontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> Kernspin (MRT) – <input type="checkbox"/> Kontrastmittel/Pressen</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>Ergebnisse:</p>	<p>27.2. Haben Sie bereits "spezielle" Darmmedikamente erhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> noch nie</p> <p><input type="checkbox"/> früher schon mal</p> <p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> ständig</p> <hr/> <p>Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie mit gutem Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie mit mäßigem Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Therapie ohne Erfolg</p>
<p>27.3. Wünschen Sie wegen "Ihrer Darmprobleme" eine OP?</p> <p><input type="checkbox"/> auf keinen Fall</p> <p><input type="checkbox"/> ich bin sehr unentschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> wenn es medizinisch sinnvoll ist</p> <p><input type="checkbox"/> ja, am liebsten sofort</p> <hr/> <p>OP-Wunsch:</p> <p>☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>	<p>Anmerkungen</p>

Bestehen die Stuhlprobleme evtl. schon länger als 4 Wochen? nein

ja, seit ca. _____ Monaten oder seit ca. _____ Jahren

9. Senkungs-/Vorfal-Probleme - in den letzten 4 Wochen?

<p>28. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>29. Spüren Sie ein Fremdkörpergefühl oder Druck in der Scheide?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>
<p>30. Müssen Sie die Senkung zum Wasser lassen zurückschieben?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>	<p>31. Müssen Sie die Senkung zum Stuhlgang zurückschieben?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehrmals/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>31.1. Tritt etwas aus der Scheide hervor?</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"/> sehr stark</p>	<p>31.2. Wie häufig kommt es zum „Vorfall“?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Wo.</p> <p><input type="checkbox"/> häufig – 1 x oder mehr/ Woche</p> <p><input type="checkbox"/> meistens - täglich</p>
<p>32. Wie sehr stören Sie Senkungsprobleme?</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> <hr/> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – ich habe keine Probleme</p> <p>Leidensdruckskala</p> <p>☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>	<p>32.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> weiß ich nicht mehr</p> <p><input type="checkbox"/> normale gynäkol Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Tast-Untersuchung im Stehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall im Liegen <input type="checkbox"/> im Stehen</p> <p><input type="checkbox"/> andere:</p> <p>Ergebnisse:</p>

<p>32.2. Wünschen Sie wegen "Ihrer Senkungsprobleme" eine OP?</p> <p><input type="checkbox"/> auf keinen Fall</p> <p><input type="checkbox"/> ich bin sehr unentschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> wenn es medizinisch sinnvoll ist</p> <p><input type="checkbox"/> ja, am liebsten sofort</p> <hr/> <p>OP-Wunsch:</p> <p>☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>	<p>Anmerkungen</p>
---	---------------------------

Bestehen die Senkungsprobleme schon länger als 4 Wochen? nein

ja, seit ca. _____ Monaten oder seit ca. _____ Jahren

10. Sexualefunktion

<p>33. Sind Sie sexuell aktiv?</p> <p><input type="checkbox"/> ja; regelmäßig</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>34. Wenn nicht, warum nicht?</p> <p><input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/> liegt am Partner</p> <p><input type="checkbox"/> kein Interesse <input type="checkbox"/> andere Gründe</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit</p> <p><input type="checkbox"/> vaginale Reizungen</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> wg. Inkontinenz/Senkung</p>
<p>35. Wird die Scheide ausreichend feucht?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>36. Wie ist das Gefühl in der Scheide?</p> <p><input type="checkbox"/> normal/gut</p> <p><input type="checkbox"/> fühle wenig</p> <p><input type="checkbox"/> fühle gar nichts</p> <p><input type="checkbox"/> schmerzhaft</p>
<p>37. Ist Ihre Scheide zu schlaff/zu weit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein – niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>38. Ist Ihre Scheide zu eng/zu straff?</p> <p><input type="checkbox"/> nein – niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>
<p>39. Haben Sie Schmerzen beim Verkehr?</p> <p><input type="checkbox"/> nein – niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>40. Wo haben Sie Schmerzen?</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> am Scheideneingang</p> <p><input type="checkbox"/> tief innerlich / im Becken/Unterleib</p> <p><input type="checkbox"/> beides</p>
<p>41. Verlieren Sie Urin beim Verkehr?</p> <p><input type="checkbox"/> nein – niemals</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> immer</p>	<p>42. Wie sehr stören Sie diese Probleme?</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> <hr/> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Probleme</p> <p>Leidensdruckskala</p> <p>☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>
<p>42.1. Wünschen Sie wg. der Probleme beim Verkehr" eine OP?</p> <p><input type="checkbox"/> auf keinen Fall</p> <p><input type="checkbox"/> ich bin sehr unentschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> wenn es medizinisch sinnvoll ist</p> <p><input type="checkbox"/> ja, am liebsten sofort</p> <hr/> <p>OP-Wunsch:</p> <p>☹ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☺</p>	<p>Anmerkungen:</p>

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust? <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/> 1x/Wo. oder seltener 1 <input type="checkbox"/> 2–3x/Wo. 2 <input type="checkbox"/> 1x/Tag 3 <input type="checkbox"/> mehrmals täglich 4 <input type="checkbox"/> ständig 5 Seit wann verlieren Sie Urin? Seit _____ Monaten oder _____/Jahren		2. Wie hoch ist der Urinverlust? <input type="checkbox"/> Kein Urinverlust 0 <input type="checkbox"/> Gering (Tropfen) 2 <input type="checkbox"/> Mittel (Spritzer) 4 <input type="checkbox"/> Groß (ständig feucht) 6 3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt? ☺ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ☹			
ICISQ-Summen-Score (1+2+3)*:	0	1 - 5	6 - 10	≥ 11	
Inkontinenz-Grad:	kontinent	I°	II°	III°	max. 21 Punkte

*basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modulare Questionnaire: www.icig.net. J Urol. 2006

ICSQ-Score: (füllen wir aus!): _____

Oxford-Skala (Isherwood und Rane, 2000)

- 0 keine willentliche Kontraktion
- 1 Zucken einzelner Muskelfasern
- 2 Geringe Kontraktion
- 3 Gut tastbare Kontraktion
- 4 Kräftige Kontraktion
- 5 Kräftige Kontraktion gegen Widerstand.

Oxford Score: _____

Unsere Therapieempfehlung