



**Rheinisches Beckenbodenzentrum
Düsseldorf**

DR. MED. KOUROSH TAGHAVI
Luise-Rainer-Straße 6-10
40235 Düsseldorf Germany

Frau

Datum :

Fragebogen vom:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Gewicht in kg:

Anzahl Spontangeburt:

Anzahl Kaiserschnitte:

Bitte notieren Sie die Dauer der Problematik und die Hauptgründe dafür, dass sich in unserer urogynäkologischen Sprechstunde vorstellen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, uns einige Fragen zu beantworten.

Symptome der Belastungsinkontinenz	Nein	Ja, manchmal	Oft (50% oder häufiger)
Verlieren Sie Urin während: -Niesen -Husten -körperlicher Anstrengung wie (1) Gehen (2) Bücken, in die Hocke gehen, von einem Stuhl aufstehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Symptome mangelhafter Blasenentleerung	Nein	Ja, manchmal	Oft (50% oder häufiger)
Haben Sie einen zusammenhängenden Harnstrahl? Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Blase nicht vollständig entleert? Hatten Sie jemals Schwierigkeiten, mit dem Wasserlassen zu beginnen? Entleert sich der Urin langsam?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Drangsymptome	Nein	Ja, manchmal	Oft (50 %oder häufiger)
Hatten Sie je das unkontrollierbare Gefühl, plötzlich Wasser lassen zu müssen? Wenn ja, kam es vor, dass Sie sich vor Erreichen Der Toilette eingenässt hatten? Wenn ja, wie oft am Tag passiert Ihnen so etwas? - an einem „guten Tag“ - an einem „schlechten Tag“	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wie viel Urin verlieren Sie dabei?	Ja	Nein
- ein paar Tropfen - einen Teelöffel - einen Esslöffel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen, während Sie Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl
Wie oft müssen Sie nachts aufstehen, um Wasser zu lassen? Wie oft müssen Sie tagsüber zur Toilette gehen, um Wasser zu lassen?

	Nein	Ja, manchmal	Oft (50% oder häufiger)
Müssen Sie morgens nach dem Aufstehen sofort Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Haben Sie als Kind ins Bett genässt, aber nicht mehr in der Pubertät? Begannen Ihre Probleme schon kurz nach der Pubertät? Nehmen Ihre Beschwerden kurz vor Beginn der Menstruation zu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Darmbeschwerden	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten mit der Darmentleerung? Haben Sie sich jemals beschmutzt? - bei Windabgang - mit flüssigem Stuhl - mit festem Stuhl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Unannehmlichkeiten im Alltag	Ja	Nein
Nehmen Sie Uringeruch an sich wahr? Verlieren Sie nachts Urin im Bett?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Nein	Hin und wieder	Immer
Benutzen Sie eine Vorlage, wenn Sie das Haus verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Anzahl
Wenn ja, wie viele Vorlagen benutzen Sie am Tag?	

Voroperationen	Ja	Nein
Hatten Sie eine Gebärmutterentfernung? Wenn ja, dann geben Sie bitte das Datum der Operation an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich bereits Operationen aufgrund Ihrer Inkontinenzprobleme unterzogen? Wenn ja, dann geben Sie bitte das Datum der Operation an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits Operationen im Bereich der Scheide? Wenn ja, dann geben Sie bitte das Datum der Operation an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gebessert	verschlechtert
Haben sich Ihre Probleme seitdem gebessert oder verschlechtert?		

	Nein	Ja, manchmal	Oft (50% oder häufiger)
Haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen im unteren Bereich der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Schmerzen im Unterbauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen im vorderen Bereich der Scheide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzung Ihrer Lebensqualität
Bitte geben Sie den Grad der Auswirkung Ihrer Inontinenzprobleme auf Ihre alltäglichen Aktivitäten an. Bitte zutreffendes ankreuzen.
1 = normal
2 = wenig, keine Auswirkung auf die Gestaltung des Alltags
3 = kann nichts trinken, muss wissen wo die nächstgelegene Toilette ist
4 = trage immer Vorlagen, sehr eingeschränkte soziale Aktivitäten
5 = bleibe am liebsten zu Hause