

Urogynäkologischer Fragebogen



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Welches Problem haben Sie?

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Senkung

Wieviel trinken Sie am Tag? _____

Wie häufig am Tag müssen Sie Urin lassen?

- alle 1-2 Std.
 alle 3-4 Std.
 seltener

Wie häufig müssen Sie in der Nacht die Toilette aufsuchen?

- max. 1x
 max. 2x
 3x und öfter

Verlieren Sie ungewollt Urin?

- nie selten
 täglich mehrmals täglich

Wie viel Urin verlieren Sie jeweils?

- wenige Tropfen
 Vorlage wird feucht
 Wäsche durchnässt

Wann geht Ihnen ungewollt Urin ab?

- beim Husten, Niesen oder Lachen
 bei körperlicher Anstrengung, schwerem Heben
 bei starken Harndrang
 in Ruhe / im Schlaf
 bei Positions- oder Lagewechsel wie Aufstehen vom Stuhl, Treppensteigen

Müssen Sie bei Harndrang sofort eine Toilette aufsuchen?

- ja, sofort
 ich kann auch länger warten

Verspüren Sie unvermittelt Harndrang und verlieren daraufhin Urin, ohne dies verhindern zu können?

- nie selten oft

Lassen Sie trotz eines starken Harndranggefühls nur wenig Wasser? ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Blase danach vollkommen leer ist? ja nein

Haben Sie Kinder geboren? nein

- ja, spontan
 ja, mit Saugglocke oder Zange
 ja, mit Dammriss/Dammschnitt
 ja, per Kaiserschnitt

Wie häufig bekommen Sie Ihre Periode?

- regelmäßig unregelmäßig
 Menopause (keine Periode seit > 1 Jahr)

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Diabetes Mellitus Parkinson-Syndrom
 Demenz COPD, Asthma

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl / Reiben in der Scheide oder verspüren Sie ein Druckgefühl?

- ja nein

Haben Sie Probleme, den Darm zu entleeren?

- ja nein

Können Sie den Stuhl nicht halten oder gehen Ihnen unkontrolliert Winde ab? ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?

- ja nein
 Ich habe keinen Geschlechtsverkehr