

# Urogynäkologischer Fragebogen



Name

Vorname

Geburtsdatum

Welches Problem haben Sie?

- Harninkontinenz       Stuhlinkontinenz  
 Senkung

Wie viel 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