

Fragebogen zur urogynäkologischen Diagnostik

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Frauenarzt: _____ Station: _____

1. Was führt Sie zu uns, welche Beschwerden haben Sie?

- Harninkontinenz Senkungsbeschwerden, Vorfall Stuhlinkontinenz
 Druck/Ziehen nach unten Schmerzen keine Beschwerden

2. Wie lange bestehen die Beschwerden bereits?

_____ Wochen oder _____ Monate oder _____ Jahre

3. Wie sehr beeinträchtigen die Beschwerden Ihren Lebensalltag?

Bitt markieren Sie eine Zahl zwischen 0 und 10

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 schwerwiegend

4. Verlieren Sie Urin

beim Husten, Lachen, Niesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> Nein
beim Heben, Tanzen, Joggen, Sport oder anderer körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> Nein	
nach plötzlichem starkem Harndrang auf dem Weg zur Toilette?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> manchmal
oder können Sie noch 10-15Minuten halten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> Nein
Wie häufig müssen Sie täglich Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> 4- 6 mal	<input type="checkbox"/> > 10 mal
Wie häufig müssen Sie nachts Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> 0 – 1 mal	<input type="checkbox"/> > 2 mal
Wie viel trinken Sie während des Tages?	<input type="checkbox"/> ca. 2 Liter	<input type="checkbox"/> ca. 1 Liter
Haben Sie manchmal einen plötzlichen unkontrollierten Harndrang?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> manchmal

5. Verwenden Sie Vorlagen/Slipereinlagen?

Nein Ja Wieviele am Tag? _____ Wieviele in der Nacht? _____

6. Können Sie die Blase gut entleeren?

Ja Nein

7. Stuhlanamnese

Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmierkot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Plötzlicher unkontrollierter Stuhldrang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

8. Haben Sie Sexualverkehr?

- Ja, keine Probleme Ja, aber _____
- selten Nein, weil _____

9. Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periode?

- Ja, letzte Periode: _____ Nein, seit ____ Jahren nicht mehr

10. Nehmen Sie Hormone ein?

- Nein Ja, folgende: _____ **vaginal?** Ja Nein

11. Haben Sie Kinder?

- Nein Ja

Wenn ja wieviele? _____ Davon spontan? _____ per Glocke/Zange? _____
per Kaiserschnitt? _____ höchstes Geburtsgewicht? _____

12. Wurden Sie am Unterleib oder der Wirbelsäule operiert? Nein

Wenn ja, welche? _____

13. Ist bei Ihnen folgendes bekannt?

- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Parkinson | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | | | Bestrahlungen am Unterleib | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

14. Welche Medikamente nehmen Sie? _____

15. Wurde bzw. wird Beckenbodengymnastik durchgeführt: Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!