



Liebe Patientin,

wir möchten mehr über Ihre Symptome und deren Auswirkungen auf Ihr Leben erfahren. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau aus wie möglich. Die Ärztin/der Arzt in der Sprechstunde wird darauf eingehen. Wenn Sie Fragen zu diesem Fragebogen haben, können Sie diese dann direkt stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Befinden in den vergangenen VIER Wochen.

Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Kooperation.

Blasenfunktion

1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tag? ☐ bis zu 7-mal ☐ zwischen 8- und 10-mal ☐ zwischen 11- und 15-mal ☐ mehr als 15-mal	2. Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen? ☐ 0-1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mehr als 3
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich	4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals/Woche) ☐ meistens – täglich
5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich	6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Lachen, Niesen oder Sport? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich	8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich	10. Tragen Sie Vorlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich



11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden? ☐ niemals ☐ vorm Aus-dem-Haus-gehen ☐ ziemlich häufig ☐ regelmäßig – täglich	12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? ☐ niemals ☐ manchmal (z.B. weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig (z.B. 1- oder mehrmals /Woche) ☐ meistens – täglich
13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen? ☐ nein ☐ 1- bis 3-mal/Jahr ☐ 4- bis 12-mal/Jahr ☐ 1-mal/Monat	14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben (Einkauf, Ausgehen, Sport)? ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark
15. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem? ☐ nicht zutreffend – habe kein Problem ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark	

Darmfunktion

16. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? ☐ weniger als 1-mal pro Woche ☐ weniger als alle 3 Tage ☐ mehr als 3-mal/Woche ☐ mehr als 1-mal/Tag	17. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen? ☐ weich ☐ sehr hart ☐ dünn/breiig ☐ verschieden ☐ geformt
18. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich	19. Nehmen Sie Abführmittel ein? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ immer – täglich WELCHES:
20. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden? ☐ niemals ☐ manchmal - weniger als 1-mal/Woche) ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich	21. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich



22. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich	23. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich
24. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl? ☐ niemals ☐ manchmal - weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich	25. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich
26. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr/Woche ☐ meistens – täglich	27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem? ☐ nicht zutreffend – habe kein Problem ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark

Senkung

28. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr /Woche ☐ meistens – täglich	29. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr /Woche ☐ meistens – täglich
30. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr /Woche ☐ meistens – täglich	31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang? ☐ niemals ☐ manchmal – weniger als 1-mal/Woche ☐ häufig – 1-mal oder mehr /Woche ☐ meistens – täglich
32. Wie sehr stört Ihre Senkung? ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark ☐ nicht zutreffend- habe kein Problem	



Sexualfunktion

33. Sind Sie sexuell aktiv? ☐ gar nicht ☐ selten ☐ regelmäßig Wenn Sie hier „gar nicht“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur noch die Fragen 34-42!	34. Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht: ☐ kein Partner ☐ Partner impotent ☐ kein Interesse ☐ vaginale Trockenheit ☐ Schmerzen ☐ Zu peinlich (wegen Inkontinenz/ Senkung z.B.) ☐ Anderes:
35. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs? ☐ ja ☐ nein	36. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs? ☐ normal ☐ fühle wenig ☐ fühle gar nichts ☐ schmerzhaft
37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? ☐ nein – niemals ☐ manchmal ☐ häufiger ☐ immer	38. Denken Sie ,dass Ihre Scheide zu eng oder zu straff ist? ☐ nein – niemals ☐ manchmal ☐ häufiger ☐ immer
39. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? ☐ nein – niemals ☐ manchmal ☐ häufiger ☐ immer	40. Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? ☐ keine Schmerzen ☐ am Scheideneingang ☐ tief innerlich / im Becken ☐ beides
41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr? ☐ nein – niemals ☐ manchmal ☐ häufiger ☐ immer	42. Wie sehr stören Sie diese Probleme? ☐ nicht zutreffend – habe kein Problem ☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ stark

Falls Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben können Sie diese hier formulieren.