

Beckenboden-Fragebogen für Schwangere und Frauen nach Geburt

MODUL RISIKOFAKTOREN

RISIKO

Größe □□□ cm	Gewicht □□□ kg	Gewicht vor Schwangerschaft Für BMI □□□ kg	BMI □□,□	<input type="checkbox"/> > 25
Alter			□□ Jahre	<input type="checkbox"/> > 35
Gibt es in Ihrer Familie blutsverwandte Frauen mit Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Absinken der Beckenorgane?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> habe aufgehört	<input type="checkbox"/> ja
Können Sie Ihren Beckenboden gezielt anspannen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein

Blasenfunktion

1. Wie häufig lassen Sie tagsüber Wasser? <small style="text-align: right;">Pollakisurie</small>	0 alle 3 Stunden	1 alle 2 Stunden	2 einmal pro Stunde	3 häufiger
2. Wie häufig erwachen Sie nachts, weil Sie Urin lassen müssen? <small style="text-align: right;">Nykturie</small>	0 0 – 1x	1 2x	2 3x	4 mehr als 3x
3. Verlieren Sie Urin im Schlaf? <small style="text-align: right;">Enuresis nocturna</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? <small style="text-align: right;">Imp Harndrang</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
5. Verlieren Sie bei plötzlichem sehr starken Harndrang Urin, bevor Sie die Toilette erreicht haben? <small style="text-align: right;">Drangink</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen, Heben oder Sport? <small style="text-align: right;">Belastungsink</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert? <small style="text-align: right;">Harnstrahl</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
8. Haben Sie das Gefühl richtig einzuschätzen, wie voll Ihre Blase ist? <small style="text-align: right;">Aff Vesica</small>	0 ja - immer	1 meistens	2 manchmal	3 nein - niemals
9. Haben Sie das Gefühl, Ihre Blase nicht vollständig entleeren zu können? <small style="text-align: right;">Restharn</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
10. Müssen Sie pressen, um Urin lassen zu können? <small style="text-align: right;">Pressen</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
11. Tragen Sie Slipeinlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes? <small style="text-align: right;">Vorlagen</small>	0 niemals	1 manchmal - nur als Prophylaxe	2 häufig – beim Sport / bei Erkältung	3 meistens - täglich

12. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden? <small>Trinkverhalten</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
13. Haben Sie ein Brennen, Ziehen oder Schmerzen beim Wasserlassen? <small>Dysurie</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
14. Wie häufig haben Sie Harnwegsinfekte? <small>HWI</small>	0 selten oder nie	1 1-3x pro Jahr	2 4-12x pro Jahr	3 1 oder mehr/Monat	
15. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) <small>QoL</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
16. Wie sehr stören Sie Ihre Blasensymptome? <small>Leidensdruck Blase</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Darmfunktion

1. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? <small>Frequenz</small>	0 alle 3 Tage bis täglich	1 mehr als 1x täglich	1 alle 3 Tage oder seltener	2 weniger als einmal/Woche	
2. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls normalerweise beschaffen? <small>Konsistenz</small>	0 weich oder geformt	1 verschieden	1 sehr hart	2 dünn/breig	
3. Pressen Sie beim Stuhlgang sehr stark? <small>Pressen</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
4. Leiden Sie unter Verstopfungen? <small>Obstipation</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
5. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen, ohne dass Sie sie zurückhalten können? <small>Flatusinkontinenz</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
6. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können? <small>Imp Stuhldrang</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
7. Finden Sie auf Ihrer Wäsche oder auf Vorlagen Verfärbungen durch Stuhl? <small>Stuhlschmierer</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
8. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich Stuhl? <small>Stuhlink</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
9. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig entleeren zu können? <small>Entleerungsstörungen</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
10. Beeinträchtigen die Symptome Ihr tägliches Leben? (Tagesplanung, Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) <small>LQ</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
11. Wie sehr stören Sie Ihre Darmsymptome? <small>Leidensdruck Darm</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Senkung

1. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? <small>Fremdk</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
2. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide oder Gebärmutter abgesenkt haben? <small>DeszGefühl</small>	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
3. Haben Sie das Gefühl, dass sich beim Heben, Gehen oder Rennen Ihre Scheide oder Ihre Gebärmutter absenken? <small>DeszBelastung</small>	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr	
4. Beeinträchtigen diese Symptome Ihr tägliches Leben? (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) <small>LQ</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
5. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung? <small>LD Desz</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Sexualität

Sind Sie sexuell aktiv? <small>Sex Aktiv</small>	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> regelmäßig		
Falls Sie keinen Verkehr haben, warum nicht? <small>Abstinent weil</small>	<input type="checkbox"/> kein Partner	<input type="checkbox"/> Partner hat Problem/impotent	<input type="checkbox"/> empfinde keine Erregung/keine Lust	<input type="checkbox"/> Sex ist mir unangenehm, weil	
Haben Sie sexuelle Erfahrungen gemacht, die Sie sehr belasten? <small>SexTrauma</small>	<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja	
1. Wird Ihre Scheide während des Verkehrs ausreichend feucht? <small>Lubrikation</small>	0 ja			1 nein	
2. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs? <small>AfferenzVag</small>	0 fühle viel	1 fühle wenig	2 fühle nichts	3 habe Schmerzen	
3. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? <small>VagWeite</small>	0 nein - niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer	
4. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist? <small>Vaginismus</small>	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer	
5. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? <small>Dyspareunie</small>	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer	
6. Falls Sie Schmerzen während des Verkehrs haben, wo sind die Schmerzen?	1 am Scheideneingang		1 tief innerlich / im Becken		2 beides
7. Verlieren Sie unbeabsichtigt Urin oder Stuhl beim Sex? <small>Koitale Inkontinenz</small>	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer	
8. Beeinträchtigen diese Symptome Ihre Sexualität? <small>LQ</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
9. Wie sehr stören Sie diese Symptome? <small>Leidensdruck Sex</small>	<input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Score (Hier bitte nichts eintragen)

Blasenfunktion	Fragen 1- 14	Score <input type="text"/> <input type="text"/> / 44 =	+	x 10 =
Darmfunktion	Fragen 1- 9	Score <input type="text"/> <input type="text"/> / 27 =	+	x 10 =
Senkung	Fragen 1- 3	Score <input type="text"/> <input type="text"/> / 11 =	+	x 10 =
Sexualität	Fragen 1- 7	Score <input type="text"/> <input type="text"/> / 19 =	+	x 10 =
Blasenscore + Darmscore + Senkungsscore + Sexscore =				

Postpartales Modul

Risiko

Wie viele Kinder haben Sie geboren?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Bei wie vielen Geburten wurde eine Saugglocke zur Hilfe genommen?	<input type="text"/>	
Bei wie vielen Geburten wurde ein Kaiserschnitt gemacht?	<input type="text"/>	Bei wie vielen Geburten wurde eine Zange zur Hilfe genommen?	<input type="text"/>	
Wieviel wog Ihr schwerstes Kind bei der Geburt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> > 4000g		
Hatten Sie bei einer Ihrer Geburten Schließmuskel- oder Darmverletzungen (Dammriss 3. oder 4. Grades)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Hatten Sie nach der Geburt Schmerzen im Scheiden-, Damm- oder Darmbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Haben Sie das Gefühl, die Geburtsschmerzen bzw. die Schmerzen nach der Geburt verarbeitet zu haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie das Gefühl, die Ängste, die Sie unter der Geburt hatten, verarbeitet zu haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> nein