

Name:
Datum:
Beckenboden-Fragebogen Bewegungszentrum Norderstedt

Liebe*r Patient*in,

wir möchten Ihnen eine individuelle und bestmögliche Behandlung bieten. Deswegen bitten wir Sie uns diesen Fragebogen vorab, wenn möglich, auszufüllen und mitzubringen, damit wir ein genaues Bild ihrer Geschichte/Symptome und/oder Beschwerden bekommen können. Wir besprechen diesen Fragebogen in der ersten Behandlung zusammen. Benötigen Sie Hilfe oder Unterstützung bei den Fragen, melden Sie sich gerne vor Ihrer ersten Behandlung unter: kontakt@bewegungszentrum.sh

Bitte beantworten Sie nur die Fragen, die auf Sie zutreffen und sich stimmig anfühlen!
Blasenfunktion

1. Wie häufig am Tag lassen Sie Wasser? <input type="checkbox"/> bis zu 7 <input type="checkbox"/> zwischen 8 und 10 <input type="checkbox"/> zwischen 11 und 15 <input type="checkbox"/> mehr als 15	2. Wie häufig stehen Sie nachts auf, weil Sie Urin lassen müssen? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr als 3
3. Verlieren Sie Urin während Sie schlafen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich	4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie hastig zur Toilette müssen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich
5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich	6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich
7. Wenn Sie Urin verlieren, ist dies zyklusabhängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht	8. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich
9. Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich	10. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert? <input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche) <input type="checkbox"/> meistens-täglich

<p>11. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>
<p>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 x pro Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> 4-12 x pro Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> >1 pro Monat</p>	<p>14. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben(Einkaufen, Ausgehen, Sport etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>
<p>15. Tragen Sie im Alltag Vorlagen/Binden wegen des Urinverlustes?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>16. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht zutreffend-ich habe kein Problem</p>

Darmfunktion

<p>1. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 1x pro woche</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 3x pro Woche oder täglich</p>	<p>2. Wie ist Ihre Stuhlkonsistenz?</p> <p><input type="checkbox"/> weich</p> <p><input type="checkbox"/> sehr hart</p> <p><input type="checkbox"/> dünn/breilig</p> <p><input type="checkbox"/> verschieden geformt</p>
<p>3. Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>4. Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> immer -täglich Welches:</p>
<p>5. Denken Sie, dass Sie unter Verstopfungen leiden?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>6. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie diese zurückhalten können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>

<p>7. Haben Sie Stuhlgang, den Sie nicht zurückdrängen können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>8. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>
<p>9. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Darm nicht vollständig entleert wird?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>
<p>10. Müssen Sie ihre Darmentleerung mit Druck auf den Darm oder Damm unterstützen?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>11. Leiden Sie aktuell oder in der Vergangenheit unter Hämorrhoiden?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend- ich habe keine Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> Ja seit: _____</p>

<p>12. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend- ich habe keine Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> stark</p>

Senkung/Senkungen

<p>1. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Vagina?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>2. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genital abgesenkt hat?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>
<p>3. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>	<p>4. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Stuhlgang haben zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal(z.B weniger als 1x pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> häufig(z.B einmal oder mehr pro Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> meistens-täglich</p>

5. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?

- nicht zutreffend- ich habe keine Probleme
- überhaupt nicht
- ein wenig
- ziemlich
- stark

Sexualfunktion/Sexualität

1. Leben Sie Sexualität?

- gar nicht
- selten
- regelmäßig

Wenn Sie gar nicht angekreuzt haben, beantworten sie bitte nur Frage 2 und 9

2. Wenn Sie **keine** Sexualität leben, warum nicht?

- keine*keinen Partner*in
- Partner*in ist impotent
- kein Interesse
- vaginale Trockenheit
- unangenehm (z.B wegen Inkontinenz/Senkung)
- Schmerzen
- anderes:

3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Vagina bei einer Penetration ausreichend feucht wird?

- Ja
- Nein
- Ich weiß nicht genau

4. Wie ist Ihr Gefühl in der Vagina, während einer Penetration?

- wechselhaft
- ich fühle wenig
- ich fühle nichts
- schmerzhaft
- weiß ich nicht genau

5. Denken Sie, dass Ihre Vagina zu schlaff oder zu weit ist?

- nein-niemals
- manchmal
- häufig
- immer

6. Denken Sie, dass Ihre Vagina zu eng oder zu straff ist?

- nein-niemals
- manchmal
- häufig
- immer

7. Haben Sie Schmerzen, wenn Sie penetriert werden oder während Sie Ihren Penis zur Penetration nutzen?

- nein-niemals
- selten
- meistens
- immer

8. Wo haben Sie Schmerzen, wenn Sie penetriert werden oder penetrieren?

- keine Schmerzen
- am Vaginaeingang
- im Penis
- in den Hoden
- tief innerlich/ im Becken
- woanders: _____

9. Verlieren Sie Urin während einer Penetration?

- nein-niemals
- manchmal
- häufig
- immer

10. Können Sie eine Erektion bekommen(auch nächtliche Erektionen)?

- Ja
- manchmal
- selten
- nie

<p>11. War es in der Vergangenheit möglich, während sexueller Aktivität eine Erektion zu bekommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Fast nie/nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (<50%) <input type="checkbox"/> öfter (ca. 50%) <input type="checkbox"/> Meistens (>50%) <input type="checkbox"/> Fast immer/immer</p>	<p>12. War es in der Vergangenheit möglich mit ihrem Penis zu penetrieren und Ihre Erektion aufrecht zu halten, nachdem Sie in ihre Partner*innen eingedrungen sind?</p> <p><input type="checkbox"/> Fast nie/nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (<50%) <input type="checkbox"/> öfter (ca. 50%) <input type="checkbox"/> Meistens (>50%) <input type="checkbox"/> Fast immer/immer</p>
<p>13. Wie schwer war es für Sie bei einer Penetration, ihre Erektion aufrechtzuerhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> Fast nie/nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (<50%) <input type="checkbox"/> öfter (ca. 50%) <input type="checkbox"/> Meistens (>50%) <input type="checkbox"/> Fast immer/immer</p>	<p>14. Wie zuversichtlich sind Sie, eine Erektion zu bekommen und zu halten?</p> <p><input type="checkbox"/> Fast nie/nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (<50%) <input type="checkbox"/> öfter (ca. 50%) <input type="checkbox"/> Meistens (>50%) <input type="checkbox"/> Fast immer/immer</p>
<p>15. Beeinflusst Ihre aktuelle Situation eine Beziehung und wenn ja, können Sie darüber sprechen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, aber wir können nicht darüber sprechen <input type="checkbox"/> Ja und wir sprechen darüber <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>16. Wie sehr stören Sie die Probleme?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend- habe keine Probleme <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p>

Schwangerschaft/Geburt

<p>1. Sind Sie aktuell schwanger?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht</p>	<p>2. Gab es in der Vergangenheit Schwangerschaften?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht</p>
<p>3. Gab es in der Vergangenheit Geburten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht</p>	<p>4. Gab es Vaginale oder Bauchgeburten?</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal Anzahl: <input type="checkbox"/> Bauchgeburt Anzahl:</p>
<p>5. Wann waren die Geburten ?</p>	<p>6. Gab es Geburtsverletzungen?(Wenn ja bitte eine kurze Beschreibung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja: _____ <input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>7. Gab es Interventionen wie z.B. Zange, Saugglocke oder Kristeller-Handgriff?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja z.B: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>8. Wenn bekannt, geben Sie bitte hier das Geburtsgewicht und den Kopfumfang des Kindes an:</p>
--	---

Psychosoziale Faktoren

<p>1. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Habe ich noch vor/ich warte auf einen Therapieplatz</p>	<p>2. Gibt es Hobbys oder Bewegungen, die Sie nicht mehr ausführen können/möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (bitte beschreiben): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>3. Sind Sie Berufstätig und wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich arbeite als: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>4. Sind Sie aktuell krankgeschrieben und wenn ja, ab wann möchten Sie wieder arbeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja und ich möchte ab _____ wieder arbeiten.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>5. Haben die Beschwerden Einfluss auf ihr Bild von sich selbst?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> weiß ich nicht</p>	<p>6. Nehmen Sie Blutverdünner, Blutdrucksenker, Hormonpräparate, durchblutungsfördernde Medikamente(zB. Viagra oder Cialis) oder andere?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich nehme: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>7. Gab es in den letzten 6 Monaten Operationen, die für Ihre Blasen,Darm oder Sexualfunktion relevant wären?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
--

Haben Sie weitere Ergänzungen,Wünsche oder Mitteilungen?

Hinweis: Der Fragebogen wurde vom Deutschen Beckenboden-Fragebogen(Dr. Kaven Baessler), erschienen im Karger Verlag, inspiriert.