

Patient:

Datum: \_\_\_\_\_

Ersterhebung

Verlaufserhebung: \_\_\_\_\_ Monate

Nehmen Sie sich bitte kurz Zeit und beantworten die die folgenden Fragen. Denken Sie dabei an die **LETZTEN VIER WOCHEN**.

**1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?**

- Nie (0)
- 1x pro Woche oder seltener (1)
- Zwei- bis dreimal pro Woche (2)
- Einmal täglich (3)
- Mehrmals täglich (4)
- Ständig (5)

**2. Wie hoch ist der Urinverlust?**

- Kein Urinverlust (0)
- Eine geringe Menge (2)
- Eine mittelgroße Menge (4)
- Eine große Menge (6)

**3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?**

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
gar nicht stark

**4. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität einschätzen?**

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
sehr schlecht ausgezeichnet

ICIQ (Gesamtpunktzahl 1 - 3) : \_\_\_\_\_

LQI (4) : \_\_\_\_\_



Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Bitte schildern Sie aus eigener Sicht die führenden Beschwerden/ Symptome:**

---

---

---

---

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

---

**Gab es ein Ereignis nach dem die Beschwerden begonnen haben?**  
(z.B. OP, Geburt, Wechseljahre)

---

**Vorausgegangene Operationen:**

---

---

---

**Nehmen Sie Medikamente?**

Nein       Ja

**Wenn ja, welche?**

---

---

---

Blasenfunktion	
<b>Wie häufig lassen Sie Wasser am Tage?</b> <input type="radio"/> bis zu 7 <input type="radio"/> zwischen 8 – 10 <input type="radio"/> zwischen 11 – 15 <input type="radio"/> mehr als 15 <input type="radio"/> Ganz verschieden, z.B. bei Aufregung	<b>Wie häufig stehen Sie in der Nacht auf, weil Sie Urin lassen müssen?</b> <input type="radio"/> 0-1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> mehr als 3
<b>Wie viel trinken Sie täglich?</b> <input type="radio"/> Unter einem Liter <input type="radio"/> 1-2 Liter <input type="radio"/> 2-3 Liter <input type="radio"/> Mehr als 3 Liter	<b>Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</b> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich, selten <input type="radio"/> Häufig, regelmäßig
<b>Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 1 - 3 pro Jahr <input type="radio"/> 4 - 12 pro Jahr <input type="radio"/> > 1 pro Monat	<b>Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</b> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich, selten <input type="radio"/> Häufig, regelmäßig
<b>Müssen Sie pressen, um Urin zu lassen?</b> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich, selten <input type="radio"/> Häufig, regelmäßig	<b>Wird Ihre Blase beim Wasserlassen richtig leer?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht
<b>Verlieren Sie ungewollt Urin?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<b>Bei welchen Situationen verlieren Sie Urin?</b> <input type="radio"/> Husten, Niesen, Lachen <input type="radio"/> Gehen, Treppensteigen <input type="radio"/> Stehen <input type="radio"/> Sitzen, Liegen
<b>Wie oft müssen Sie pro Tag die Unterwäsche wechseln, weil diese nass ist?</b> <input type="radio"/> Nicht notwendig <input type="radio"/> Mehrmals täglich	<b>Verlieren Sie nachts im Schlaf Urin?</b> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich, selten <input type="radio"/> Häufig, regelmäßig
<b>Legen Sie eine Binde vor?</b> <input type="radio"/> Beim Ausgehen <input type="radio"/> Auch zu Hause <input type="radio"/> Zum Schlafen	<b>Wie viele Binden brauchen Sie tägl.? ____</b>
<b>Kommt es vor, dass Sie ganz plötzlich Harndrang verspüren und kurz darauf Urin verlieren, ohne dass Sie es verhindern können?</b> <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Selten, gelegentlich (z.B. Aufregung) <input type="radio"/> Häufig	<b>Häufiger, kaum unterdrückbarer Harndrang sowie Harnverlust sind für mich:</b> <input type="radio"/> Eigentlich kein Problem <input type="radio"/> Stört gelegentlich <input type="radio"/> Stört sehr stark <input type="radio"/> Behindert enorm
<b>Wenn Sie Harndrang haben, müssen Sie dann sofort gehen oder können Sie zuwarten?</b> <input type="radio"/> Kann zuwarten <input type="radio"/> Muss bald gehen, <input type="radio"/> Innerhalb von 10-15 min. <input type="radio"/> Innerhalb von 1-5 min. <input type="radio"/> Muss sofort gehen	<b>Kommt es vor, dass Sie zu spät zur Toilette kommen und schon unterwegs Urin verlieren?</b> <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Selten, gelegentlich <input type="radio"/> Regelmäßig, häufig
<b>Können Sie den Harnstrahl willkürlich unterbrechen?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Darmfunktion	
<b>Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</b> <input type="radio"/> weniger als einmal pro Woche <input type="radio"/> weniger als alle drei Tage <input type="radio"/> > dreimal pro Woche oder täglich <input type="radio"/> mehr als einmal pro Tag	<b>Müssen Sie beim Stuhlgang sehr stark pressen?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich
<b>Denken Sie, dass Sie unter Verstopfung leiden?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	<b>Bekommen Sie Stuhlgang, den Sie nicht zurückdrängen können?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich
<b>Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich fester Stuhl?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	<b>Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls beschaffen?</b> <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> sehr hart <input type="radio"/> dünn/ breiig <input type="radio"/> verschieden <input type="radio"/> geformt
<b>Nehmen Sie Abführmittel ein?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich Welches: _____	<b>Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen versehentlich, ohne dass Sie sie zurückhalten können?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich
<b>Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich dünner Stuhl?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	<b>Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig zu entleeren?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich
<b>Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	<b>Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</b> <input type="radio"/> nicht zutreffend, habe kein Problem <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> stark
Senkung ♀	
<b>Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	<b>Müssen Sie die Senkung zurückschieben zum Stuhlgang?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich
<b>Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</b> <input type="radio"/> nicht zutreffend, habe kein Problem <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> ein wenig <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> stark	<b>Geburtshilfliche Vorgeschichte</b> <b>Haben Sie Kinder geboren?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wie viele: _____ Anzahl der Kinder über 4000g: _____
<b>Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Genitale abgesenkt hat?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	Spontangeburt ohne Komplikationen: <input type="radio"/> ja    Anzahl: _____ Spontangeburt mit Geburtsverletzung/ Dammschnitt <input type="radio"/> ja    Anzahl: _____ Saugglocken/ Zangengeburt: <input type="radio"/> ja    Anzahl: _____
<b>Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</b> <input type="radio"/> niemals <input type="radio"/> manchmal, < als 1 x pro Woche <input type="radio"/> häufig, einmal oder mehr pro Woche <input type="radio"/> meistens – täglich	Kaiserschnitt (Sectio caesarea) <input type="radio"/> ja    Anzahl: _____

Sexualfunktion ♀	
<b>Sind Sie sexuell aktiv?</b> <input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> regelmäßig	<b>Wenn Sie keinen Verkehr haben, warum nicht:</b> <input type="radio"/> kein Partner <input type="radio"/> Partner impotent <input type="radio"/> kein Interesse <input type="radio"/> vaginale Trockenheit <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> zu peinlich (wegen Inkontinenz, Senkung) <input type="radio"/> anderes:
<b>Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</b> <input type="radio"/> nein - niemals <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> immer
<b>Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b> <input type="radio"/> nein - niemals <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> meistens <input type="radio"/> immer	<b>Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</b> <input type="radio"/> nein - niemals <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> immer
<b>Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?</b> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> fühle wenig <input type="radio"/> fühle gar nichts <input type="radio"/> schmerzhaft	<b>Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</b> <input type="radio"/> nein - niemals <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> immer
<b>Wo haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?</b> <input type="radio"/> keine Schmerzen <input type="radio"/> am Scheideneingang <input type="radio"/> tief innerlich, im Becken <input type="radio"/> beides	<b>Wie sehr stören Sie diese Probleme?</b> <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> ein wenig <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> stark
Sexualfunktion ♂ (IIEF-5)	
<b>Wie zuversichtlich sind Sie, eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?</b> <input type="radio"/> Nicht vorhanden (0) <input type="radio"/> Sehr niedrig (1) <input type="radio"/> Niedrig (2) <input type="radio"/> Mittelmäßig (3) <input type="radio"/> Groß (4) <input type="radio"/> Sehr groß (5)	<b>Sofern Sie durch Stimulation eine Erektion hatten: wie oft war es möglich, in die Scheide einzudringen?</b> <input type="radio"/> Keine sexuelle Stimulation (0) <input type="radio"/> Fast nie oder nie (1) <input type="radio"/> Gelegentlich (weniger als 50%) (2) <input type="radio"/> Öfter (etwa 50%) (3) <input type="radio"/> Meist (deutlich öfter als 50%) (4) <input type="radio"/> Fast immer oder immer (5)
<b>Wie oft blieb die Erektion nach dem Eindringen in die Scheide erhalten?</b> <input type="radio"/> Kein Versuch (0) <input type="radio"/> Fast nie oder nie (1) <input type="radio"/> Gelegentlich (weniger als 50%) (2) <input type="radio"/> Öfter (etwa 50%) (3) <input type="radio"/> Meist (deutlich öfter als 50%) (4) <input type="radio"/> Fast immer oder immer (5)	<b>Wie schwer empfanden Sie es, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?</b> <input type="radio"/> Kein Versuch (0) <input type="radio"/> Extrem schwierig (1) <input type="radio"/> Sehr schwierig (2) <input type="radio"/> Schwierig (3) <input type="radio"/> Nicht sehr schwierig (4) <input type="radio"/> Kein Problem (5)
<b>Wenn Sie versuchen, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?</b> <input type="radio"/> Kein Versuch (0) <input type="radio"/> Fast nie oder nie (1) <input type="radio"/> Gelegentlich (weniger als 50%) (2) <input type="radio"/> Öfter (etwa 50%) (3) <input type="radio"/> Meist (deutlich öfter als 50%) (4) <input type="radio"/> Fast immer oder immer (5)	



