

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Urogynäkologischer Fragebogen

Welches Problem haben Sie?

- Harninkontinenz  
 Stuhlinkontinenz

Wie viel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Wie häufig am Tag müssen Sie Urin lassen?

- stündlich                       alle 2 Std.  
 alle 3 Std.                       seltener

Wie häufig müssen Sie nachts Urin lassen?

- 0- bis 1-mal                       1- bis 2-mal  
 3- und mehrmals

Verlieren Sie ungewollt Urin?

- nie                                       selten  
 täglich                               mehrmals täglich

Wie viel Urin verlieren Sie jeweils?

- wenige Tropfen                       Wäsche wird feucht  
 Wäsche wird nass

Wann geht Ihnen ungewollt Urin ab?

- beim Husten, Niesen oder Lachen  
 bei körperlicher Anstrengung, schweres Heben  
 bei großem Dranggefühl nicht mehr haltbar  
 im Schlaf  
 bei Aufregung  
 ohne jeden Anlass

Müssen Sie bei Harndrang sofort eine Toilette aufsuchen?

- ja, sofort  
 häufig schaffe ich es nicht mehr rechtzeitig  
 möglichst schnell, innerhalb 10 Minuten  
 ich kann auch länger warten

Können Sie Ihren Harndrang beim Wasserlassen unterbrechen?                       ja                       nein

Haben Sie beim Wasserlassen Schmerzen?

- nie                       manchmal                       oft/immer

Verspüren Sie unvermittelt Harndrang und verlieren darauf Urin, ohne dies verhindern zu können?

- nie                       selten                       oft

Lassen Sie trotz eines starken Harndranggefühls nur wenig Wasser?                       ja                       nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Blase danach vollkommen leer ist?                       ja                       nein

Ist Ihr Harnstrahl schwächer als früher?

- ja                       nein

Haben Sie Kinder geboren?                       nein

- ja, spontan                       ja, mit Dammriss  
 ja, per Kaiserschnitt                       ja, mit Dammschnitt

Wie häufig bekommen Sie Ihre Periode?

- regelmäßig                       unregelmäßig  
 Ich bin in den Wechseljahren / Menopause

Nehmen Sie Medikamente ein?                       nein

- ja \_\_\_\_\_

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Diabetes Mellitus  
 Parkinson-Syndrom  
 Demenz

Hatten Sie eine Operation/Unfall?                       nein

- ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Stuhlentleerungsstörungen?

- ja                       nein

Können Sie den Stuhl nicht immer halten oder gehen Ihnen unkontrolliert Winde ab?                       ja                       nein

Haben Sie Stuhlschmierer?

- ja                       nein