

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