

Modul Risikofaktoren

Größe: cm

Gewicht: kg

Gewicht vor der Schwangerschaft: kg

Alter: Jahre

Gibt es in Ihrer Familie blutsverwandte Frauen mit Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Absinken der Beckenorgane?

Rauchen Sie?

Können Sie Ihren Beckenboden gezielt anspannen?

Blasenfunktion

Wie häufig lassen Sie tagsüber Wasser?

Wie häufig erwachen Sie nachts, weil Sie Urin lassen müssen?

Verlieren Sie Urin im Schlaf?

Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?

Verlieren Sie bei plötzlichem sehr starkem Harndrang Urin, bevor Sie die Toilette erreicht haben?

Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen, Heben oder Sport?

Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?

Haben Sie das Gefühl richtig einzuschätzen, wie voll Ihre Blase ist?

Haben Sie das Gefühl, Ihre Blase nicht vollständig entleeren zu können?

Müssen Sie pressen, um Urin lassen zu können?

Tragen Sie Slipseinlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes?

Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?

Haben Sie ein Brennen, Ziehen oder Schmerzen beim Wasserlassen?

Wie häufig haben Sie Harnwegsinfekte?

Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen)?

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Wie sehr stören Sie Ihre Blasensymptome?

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Darmfunktion

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

alle 3 Tage bis täglich 0	mehr als 1 x täglich 1	alle 3 tage oder seltener 1	weniger als 1 x pro Woche 2
------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls normalerweise beschaffen?

weich oder geformt 0	verschieden 1	sehr hart 1	dünn/breig 2
-------------------------	------------------	----------------	-----------------

Pressen Sie beim Stuhlgang sehr stark?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Leiden Sie unter Verstopfungen?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen, ohne dass Sie sie zurückhalten können?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Finden Sie auf Ihrer Wäsche oder auf Vorlagen Verfärbungen durch Stuhl?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich Stuhl?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig entleeren zu können?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Beeinträchtigen die Symptome Ihr tägliches Leben (Tagesplanung, Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen)?

überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr 3
----------------------	----------------	---------------	-----------

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Wie sehr stören Sie Ihre Darmsymptome?

überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr 3
----------------------	----------------	---------------	-----------

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Senkung

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide oder Gebärmutter abgesenkt haben?

niemals 0	manchmal – weniger als 1 x pro Woche 1	häufig – 1x oder mehr pro Woche 2	meistens – täglich 3
--------------	---	--------------------------------------	-------------------------

Haben Sie das Gefühl, dass sich beim Heben, Gehen oder Rennen Ihre Scheide oder Ihre Gebärmutter absenken?

überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr 3
----------------------	----------------	---------------	-----------

Beeinträchtigen diese Symptome Ihr tägliches Leben (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen)?

überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr 3
----------------------	----------------	---------------	-----------

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?

überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr 3
----------------------	----------------	---------------	-----------

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Sexualität

Sind Sie sexuell aktiv?

gar nicht	selten	regelmäßig
-----------	--------	------------

Falls Sie keinen Verkehr haben, warum nicht?

kein Partner	Partner hat Problem/impotent	empfinde keine Erregung/Lust
--------------	------------------------------	------------------------------

Sex ist mir unangenehm, weil: _____

Haben Sie sexuelle Erfahrungen gemacht, die Sie sehr belasten?

nein	ja
------	----



Fragebogen Beckenboden

Wird Ihre Scheide während des Verkehrs ausreichend feucht?

Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs?

Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?

Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?

Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs?

Falls Sie Schmerzen während des Verkehrs haben, wo sind die Schmerzen?

Verlieren Sie unbeabsichtigt Urin oder Stuhl beim Sex?

Beeinträchtigen diese Symptome Ihre Sexualität?

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Wie sehr stören Sie diese Symptome?

nicht zutreffend, habe keine Symptome

Postpartales Modul

Wie viele Kinder haben Sie geboren? |__|__| Kind(er)

Bei wie vielen Geburten wurde eine Saugglocke zur Hilfe genommen? |__|__| Geburt(en)

Bei wie vielen Geburten wurde ein Kaiserschnitt gemacht? |__|__| Geburt(en)

Bei wie vielen Geburten wurde eine Zange zur Hilfe genommen? |__|__| Geburt(en)

Wieviel wog Ihr schwerstes Kind bei der Geburt? |__|__|__|__| g

Hatten Sie bei einer Ihrer Geburten Schließmuskel- oder Darmverletzungen (Dammriss 3. oder 4. Grades)?

Hatten Sie nach der Geburt Schmerzen im Scheiden-, Damm- oder Darmbereich?

Haben Sie das Gefühl, die Geburtsschmerzen bzw. die Schmerzen nach der Geburt verarbeitet zu haben?

Haben Sie das Gefühl, die Ängste, die Sie unter der Geburt hatten, verarbeitet zu haben?

Auswertung

Blasenfunktion:

Score: |__|__| / 48 = |__|,|__| x 10 = |__|__|__|

Darmfunktion:

Score: |__|__| / 31 = |__|,|__| x 10 = |__|__|__|

Senkung:

Score: |__|__| / 15 = |__|,|__| x 10 = |__|__|__|

Sexualität:

Score: |__|__| / 24 = |__|,|__| x 10 = |__|__|__|

Blasenscore + Darmscore + Senkungsscore + Sexscore = |__|__|