

Fragebogen zur urogynäkologischen Diagnostik am _____

Name, Vorname: _____ **Alter:** _____

Geb.-Datum: _____ **Tel. Nr:** _____

Hausarzt: _____ **Urologe:** _____

Frauenarzt: _____

Verlieren Sie ungewollt Urin beim Husten,
Lachen, Heben, Tanzen, Joggen, Sport, bergab
Gehen oder anderer körperlicher Anstrengung?

☐ Ja ☐ Nein

Wie häufig müssen Sie täglich Wasser lassen

☐ alle 3 Stunden ☐ alle 1-2 Stunden

Wie viel trinken Sie während des Tages?

☐ ca. 2 Liter ☐ ca. 1 Liter

Müssen Sie nachts 3 mal oder sogar häufiger
Wasser lassen?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie manchmal einen plötzlichen,
unkontrollierbaren Harndrang?

☐ Nein ☐ Ja

Bekommen Sie manchmal ganz plötzlich starken
Harndrang und verlieren Sie auf dem Weg zur
Toilette ungewollt Urin?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn Sie Harndrang verspüren, können Sie noch
10 – 15 Minuten abwarten, bevor Sie zur Toilette
gehen?

☐ Ja ☐ Nein

Feld bitte freilassen

RH-Gefühl ☐ nein ☐ ja
 Zystitiden ☐ nein ☐ ja
 Senkungsbeschw. ☐ nein ☐ ja
 Fremdkörpergef. ☐ nein ☐ ja
 „Ei“ vor/in Vulva ☐ nein ☐ ja
 Schmerzen ☐ nein ☐ ja
 Manuelle
 Reposition ☐ nein ☐ ja

Ihre Körpergröße _____ cm Ihr Gewicht _____ kg BMI _____

Geburten

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Vaginale Geburten _____

Saugglocke ☐

Zange ☐

Kaiserschnitt ☐

Höchstes Geburtsgewicht _____

Gramm

Krankheiten

Bandscheibenvorfall

☐ nein ☐ ja

Herzinfarkt

☐ nein ☐ ja

Multiple Sklerose

☐ nein ☐ ja

Parkinson

☐ nein ☐ ja

Zuckerkrankheit

☐ nein ☐ ja

Asthma

☐ nein ☐ ja

Tumorerkrankung

☐ nein ☐ ja

Bestrahlung

☐ nein ☐ ja

Grüner Star (Glaukom)

☐ nein ☐ ja

Thrombose

☐ nein ☐ ja

Herzschrittmacher

☐ nein ☐ ja

Stuhlanamnese

Stuhlinkontinenz

☐ nein ☐ ja

Schmierkot

☐ nein ☐ ja

unkontrollierbarer Drang

☐ nein ☐ ja

Verstopfung

☐ nein ☐ ja

Durchfall

☐ nein ☐ ja

Abführmittel

☐ nein ☐ ja

Vollständige

manuelle Hilfe

Darmentleerung

☐ nein ☐ ja

notwendig

☐ nein ☐ ja

Sexualverhalten

Sexualverkehr

☐ nein ☐ ja

mit Beschwerden ☐ nein ☐ ja

Blasen-

Schwäche

seit wann _____ Monate/Jahre Vorlagen pro Tag _____

Hormone

Tabletten ☐

Pflaster ☐

Scheidencreme/ -zäpfchen ☐

seit wann _____

Durchgeführte

Therapien

Beckenbodengymnastik ☐

Elektrostimulation ☐

Biofeedback ☐

Pessar ☐

Medikamente ☐

Andere ☐

Medikamente

Bluthochdruck ☐

Blutverdünner ☐

Metformin ☐

Andere ☐

ICIQ-Patientenfragebogen – Harninkontinenz

Patientenetikett:

Dieser Bogen stellt in Teilen die Qualitätssicherung der Zertifizierung von Interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentren dar. Die wissenschaftliche Auswertung des Fragebogens betrachtet primär die operativ behandelten Patientinnen. Eine Anwendung des Fragebogens für andere Therapieformen ist möglich (z.B. für die zentrumsinterne Qualitätssicherung). Mit der Bearbeitung des Fragebogens erklärt sich die Patientin mit der anonymisierten Nutzung dieser Daten für Zwecke der Wissenschaft und der Qualitätssicherung einverstanden.

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?
Bitte ein Feld ankreuzen

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

Kontinenz Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

1. Wie häufig verlieren Sie Harn?
Bitte ein Feld ankreuzen

niemals	☐	0
ungefähr 1 mal pro Woche oder weni-	☐	1
zwei- oder dreimal pro Woche	☐	2
ungefähr 1 mal pro Tag	☐	3
mehrmals am Tag	☐	4
ständig	☐	5

2. Wie viel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)
Bitte ein Feld ankreuzen

kein Harnverlust	☐	0
eine kleine Menge Harn	☐	2
eine mittelgroße Menge Harn	☐	4
eine große Menge Harn	☐	6

3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?
Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
überhaupt nicht					schwerwiegend					

4. Wann verlieren Sie Harn? Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen

niemals – kein Harnverlust	☐
Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette	☐
Harnverlust beim Husten oder Niesen	☐
Harnverlust während des Schlafes	☐
Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität	☐
Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden	☐
Harnverlust ohne erkennbare Ursache	☐
ständiger Harnverlust	☐