

Beckenboden-Fragebogen für Schwangere und Frauen nach Geburt

MODUL RISIKOFAKTOREN

RISIKO

Größe □□□ cm	Gewicht □□□ kg	Gewicht vor Schwangerschaft Für BMI □□□ kg	BMI □□, □	☐ > 25
Alter			□□ Jahre	☐ > 35
Gibt es in Ihrer Familie blutsverwandte Frauen mit Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Absinken der Beckenorgane?		☐ nein	☐ weiß nicht	☐ ja
Rauchen Sie?		☐ nein	☐ habe aufgehört	☐ ja
Können Sie Ihren Beckenboden gezielt anspannen?		☐ ja	☐ weiß nicht	☐ nein

Blasenfunktion

1. Wie häufig lassen Sie tagsüber Wasser? Pollakisurie	0 alle 3 Stunden	1 alle 2 Stunden	2 einmal pro Stunde	3 häufiger
2. Wie häufig erwachen Sie nachts, weil Sie Urin lassen müssen? Nykturie	0 0 – 1x	1 2x	2 3x	4 mehr als 3x
3. Verlieren Sie Urin im Schlaf? Enuresis nocturna	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen? Imp Harndrang	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
5. Verlieren Sie bei plötzlichem sehr starken Harndrang Urin, bevor Sie die Toilette erreicht haben? Drangink	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen, Heben oder Sport? Belastungsink	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
7. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert? Harnstrahl	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
8. Haben Sie das Gefühl richtig einzuschätzen, wie voll Ihre Blase ist? Aff Vesica	0 ja - immer	1 meistens	2 manchmal	3 nein - niemals
9. Haben Sie das Gefühl, Ihre Blase nicht vollständig entleeren zu können? Restharn	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
10. Müssen Sie pressen, um Urin lassen zu können? Pressen	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich
11. Tragen Sie Slipeinlagen oder Binden wegen eines Urinverlustes? Vorlagen	0 niemals	1 manchmal - nur als Prophylaxe	2 häufig – beim Sport / bei Erkältung	3 meistens - täglich

12. Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden? Trinkverhalten	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche		3 meistens - täglich
13. Haben Sie ein Brennen, Ziehen oder Schmerzen beim Wasserlassen? Dysurie	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche		3 meistens - täglich
14. Wie häufig haben Sie Harnwegsinfekte? HWI	0 selten oder nie	1 1-3x pro Jahr	2 4-12x pro Jahr		3 1 oder mehr/Monat
15. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) QoL	☐ nicht zutreffend habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
16. Wie sehr stören Sie Ihre Blasensymptome? Leidensdruck Blase	☐ nicht zutreffend habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Darmfunktion

1. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? Frequenz	0 alle 3 Tage bis täglich	1 mehr als 1x täglich	1 alle 3 Tage oder seltener	2 weniger als einmal/Woche	
2. Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls normalerweise beschaffen? Konsistenz	0 weich oder geformt	1 verschieden	1 sehr hart	2 dünn/breiig	
3. Pressen Sie beim Stuhlgang sehr stark? Pressen	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
4. Leiden Sie unter Verstopfungen? Obstipation	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
5. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen, ohne dass Sie sie zurückhalten können? Flatusinkontinenz	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
6. Bekommen Sie Stuhldrang, den Sie nicht zurückdrängen können? Imp Stuhldrang	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
7. Finden Sie auf Ihrer Wäsche oder auf Vorlagen Verfärbungen durch Stuhl? Stuhlschmierer	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
8. Verlieren Sie oder entweicht Ihnen versehentlich Stuhl? Stuhlink	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
9. Haben Sie das Gefühl, den Darm nicht vollständig entleeren zu können? Entleerungsstörungen	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens - täglich	
10. Beeinträchtigen die Symptome Ihr tägliches Leben? (Tagesplanung, Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) LQ	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
11. Wie sehr stören Sie Ihre Darmsymptome? Leidensdruck Darm	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Senkung

1. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? Fremdk	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
2. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide oder Gebärmutter abgesenkt haben? DeszGefühl	0 niemals	1 manchmal - weniger als einmal pro Woche	2 häufig – einmal oder mehr pro Woche	3 meistens – täglich	
3. Haben Sie das Gefühl, dass sich beim Heben, Gehen oder Rennen Ihre Scheide oder Ihre Gebärmutter absenken? DeszBelastung	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr	
4. Beeinträchtigen diese Symptome Ihr tägliches Leben? (z.B. Sport, Beruf, Einkauf, Ausgehen) LQ	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr
5. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung? LD Desz	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr

Sexualität

Sind Sie sexuell aktiv? Sex Aktiv	☐ gar nicht	☐ selten	☐ regelmäßig			
Falls Sie keinen Verkehr haben, warum nicht? Abstinent weil	☐ kein Partner	☐ Partner hat Problem/impotent	☐ empfinde keine Erregung/keine Lust	☐ Sex ist mir unangenehm, weil		
Haben Sie sexuelle Erfahrungen gemacht, die Sie sehr belasten? SexTrauma	☐ nein			☐ ja		
1. Wird Ihre Scheide während des Verkehrs ausreichend feucht? Lubrikation	0 ja			1 nein		
2. Wie ist das Gefühl in der Scheide während des Verkehrs? AfferenzVag	0 fühle viel	1 fühle wenig	2 fühle nichts	3 habe Schmerzen		
3. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist? VagWeite	0 nein - niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer		
4. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist? Vaginismus	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer		
5. Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? Dyspareunie	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer		
6. Falls Sie Schmerzen während des Verkehrs haben, wo sind die Schmerzen?	1 am Scheideneingang		1 tief innerlich / im Becken		2 beides	
7. Verlieren Sie unbeabsichtigt Urin oder Stuhl beim Sex? Koitale Inkontinenz	0 nein – niemals	1 manchmal	2 häufig	3 immer		
8. Beeinträchtigen diese Symptome Ihre Sexualität? LQ	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr	
9. Wie sehr stören Sie diese Symptome? Leidensdruck Sex	☐ nicht zutreffend – habe keine Symptome	0 überhaupt nicht	1 ein wenig	2 ziemlich	3 sehr	

Score (Hier bitte nichts eintragen)

Blasenfunktion	Fragen 1- 14	Score / 44 =	+	x 10 =
Darmfunktion	Fragen 1- 9	Score / 27 =	+	x 10 =
Senkung	Fragen 1- 3	Score / 11 =	+	x 10 =
Sexualität	Fragen 1- 7	Score / 19 =	+	x 10 =
Blasenscore + Darmscore + Senkungsscore + Sexscore =				

Postpartales Modul

Risiko

Wie viele Kinder haben Sie geboren?		Bei wie vielen Geburten wurde eine Saugglocke zur Hilfe genommen?		
Bei wie vielen Geburten wurde ein Kaiserschnitt gemacht?		Bei wie vielen Geburten wurde eine Zange zur Hilfe genommen?		
Wieviel wog Ihr schwerstes Kind bei der Geburt?	g	☐ > 4000g		
Hatten Sie bei einer Ihrer Geburten Schließmuskel- oder Darmverletzungen (Dammriss 3. oder 4. Grades)?	☐ nein	☐ ja		
Hatten Sie nach der Geburt Schmerzen im Scheiden-, Damm- oder Darmbereich?	☐ nein	☐ ja		
Haben Sie das Gefühl, die Geburtsschmerzen bzw. die Schmerzen nach der Geburt verarbeitet zu haben?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein
Haben Sie das Gefühl, die Ängste, die Sie unter der Geburt hatten, verarbeitet zu haben?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein

Entbindung

Wie oft waren Sie länger als 24 Wochen schwanger?				
Wie alt waren Sie, als Ihre Kinder geboren wurden?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.			
Wie viele Kaiserschnitte trotz Wehen hatten Sie?				
Wie viele Kaiserschnitte ohne vorherige Wehen hatten Sie?				
Bei wie vielen Entbindungen musste eine Saugglocke zur Hilfe genommen werden?				
Bei wie vielen Entbindungen musste eine Zange zur Hilfe genommen werden?				
Wie viele Entbindungen ohne die gerade genannten Hilfen hatten Sie?				
Wie viel wog Ihr schwerstes Kind bei der Geburt?	g			
Hatten Sie bei einer Ihrer Entbindungen einen Dammriss oder Dammschnitt?	☐ nein	☐ ja		
Hatten Sie bei einer Ihrer Entbindungen Schließmuskel- oder Darmverletzungen (DR III bzw. DR IV)?	☐ nein	☐ ja		
Mussten Ihre Entbindungsverletzungen genäht werden?	☐ nein	☐ ja		
Hatten Sie nach der Entbindung Schmerzen im Scheiden-, Damm- oder Darmbereich?	☐ nein	☐ ja		
Wie viele Tage hatten Sie diese Schmerzen?	Tage			
Wie stark waren diese Schmerzen auf einer Skala von 0 (= keine Schmerzen) bis 10 (= schlimmste Schmerzen)				
Haben Sie sich während der Entbindung aufgehoben und umsorgt gefühlt?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein
Haben Sie sich über den Ablauf der Entbindung informiert und in die Entscheidungsprozesse eingebunden gefühlt?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein
Hatten Sie das Gefühl von Kontrollverlust während der Entbindung?	☐ überhaupt nicht	☐ ein wenig	☐ ziemlich	☐ sehr
Hatten Sie während der Entbindung das Gefühl, dass Ihr Körper großen Schaden nimmt oder Ihr Leben in Gefahr ist?	☐ überhaupt nicht	☐ ein wenig	☐ ziemlich	☐ sehr
Haben Sie das Gefühl, die Entbindungsschmerzen bzw. die Schmerzen nach der Entbindung verarbeitet zu haben?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein
Haben Sie das Gefühl, die Ängste, die Sie unter der Entbindung hatten verarbeitet zu haben?	☐ ja	☐ größtenteils	☐ ein wenig	☐ nein