

Fragebogen BeBo® Kurs Nr.

BeBo® Fragebogen angepasst und aktualisiert nach validiertem Deutschen Beckenboden-Fragebogen
 Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau. Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt!

Name, Vorname: Jahrgang: Datum:

Fragen zur Funktion der Blase:

<p>1. Wie wurden Sie auf den BeBo® Kurs aufmerksam?</p> <p><input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> mündliche Empfehlung <input type="checkbox"/> andere:.....</p>	<p>2. Wie häufig lassen Sie Urin am Tage?</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 7x <input type="checkbox"/> 8 – 10x <input type="checkbox"/> 11 – 15x <input type="checkbox"/> mehr als 15x</p>
<p>3. Wie häufig stehen Sie nachts auf um Wasser zu lassen?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr als 3</p>	<p>4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Laufen, Heben?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>7. Verlieren Sie Urin im Schlaf?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>8. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>9. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>10. Müssen Sie pressen, um Urin zu lösen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal (weniger als 1x/Woche) <input type="checkbox"/> häufig (1x oder mehr/Woche) <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>11. Brauchen Sie Binden/Einlagen wegen Ihres Urinverlustes?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 – 3 x pro Jahr <input type="checkbox"/> 4 – 12 x pro Jahr <input type="checkbox"/> mehr als 1 x pro Monat</p>	<p>14. Schränken Sie die Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor dem Haus verlassen etc. <input type="checkbox"/> ziemlich häufig <input type="checkbox"/> regelmässig – täglich</p>
<p>15. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Ausgang, Sport)</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p>	<p>16. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nicht zutreffend – habe kein Problem</p>

Fragen zur Funktion des Darms:

<p>17. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als einmal /Woche <input type="checkbox"/> weniger als alle 3 Tage <input type="checkbox"/> mehr als 3x/Woche oder täglich <input type="checkbox"/> mehr als einmal pro Tag</p>	<p>18. Wie ist die Konsistenz des Stuhls</p> <p><input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> sehr hart <input type="checkbox"/> dünn/breiig <input type="checkbox"/> verschieden</p>
<p>19. Müssen Sie beim Stuhlgang stark pressen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>20. Nehmen Sie Abführmittel ein?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>21. Leiden Sie unter Verstopfung?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>22. Entweicht Ihnen Luft aus dem Darm, die Sie nicht zurückhalten können?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>23. Verlieren Sie versehentlich dünnen Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>24. Verlieren Sie versehentlich festen Stuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>25. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>26. Haben Sie Beschwerden mit Hämorrhoiden?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – kein Problem <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p>	

Fragen zu Organsenkung:

<p>28. Wie viele Geburten/Kaiserschnitte hatten Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 und mehr</p>	<p>29. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>30. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Blase, Gebärmutter oder Darm gesenkt hat?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche</p>	<p>31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>
<p>32. Müssen Sie die Senkung zurückschieben beim Stuhlgang</p> <p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche <input type="checkbox"/> häufig – 1x oder mehr /Woche <input type="checkbox"/> meistens – täglich</p>	<p>33. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend – kein Problem <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark</p>

Fragen zur Sexualfunktion (freiwillig) und Diverses:

<p>34. Sind Sie sexuell aktiv?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p>35. Wenn sie keinen Verkehr haben, warum?</p> <p><input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/> Partner impotent <input type="checkbox"/> kein Interesse <input type="checkbox"/> vaginale Trockenheit <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> zu peinlich (Inkontinenz, Senkung) <input type="checkbox"/> anderes:</p>
<p>36. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</p> <p><input type="checkbox"/> nein nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer</p>
<p>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</p> <p><input type="checkbox"/> nein nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer</p>	<p>39. Haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> nein nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer</p>
<p>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?</p> <p><input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> am Scheideneingang <input type="checkbox"/> tief innerlich/ im Becken <input type="checkbox"/> beides</p>	<p>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</p> <p><input type="checkbox"/> nein nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer</p>
<p>42. Leiden Sie an Rückenbeschwerden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer</p>	<p>43. Leiden Sie an chronischen Krankheiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Allergien, Asthma <input type="checkbox"/> anderes:</p>
<p>44. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich:</p>	<p>45. Hatten Sie Operationen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja:</p>
<p>46. Haben Sie sich bereits mit dem Thema Beckenboden auseinandergesetzt (Literatur, Therapien etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:</p>	

Was erwarten Sie vom Beckenboden Kurs?

.....

.....

Ort, Datum: **Unterschrift:**

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

Literaturhinweis: Baessler K, Kempkensteffen C. Validierung eines umfassenden Beckenboden-Fragebogens für Klinik, Praxis und Forschung. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2009;49(4):299-307. doi: 10.1159/000301098. Epub 2010 May 19. German. Baessler K, Junginger B. Beckenboden-Fragebogen für Frauen: Validierung eines Instrumentes mit posttherapeutischem Modul zur Evaluation von Symptomen, Leidensdruck, Lebensqualität, Verbesserung und Zufriedenheit. Aktuelle Urol. 2011 Sep;42(5):316-22. doi: 10.1055/s-0031-1271544. Epub 2011 Sep 6. German.

