



Name:

Datum:

1. Haben Sie Probleme mit unkontrollierbarem Harndrang?

- Ja  
 Nein

1.1 Falls ja, wie oft pro Woche?

- 1-2 Mal pro Monat +1  
 1-2 Mal die Woche +2  
 3-5 Mal die Woche +3  
 Täglich +4

1.2 Bei welchen Aktivitäten?

- Husten, Niesen, Lachen +2  
 Treppen steigen, Schweres Heben +2  
 Beim Sport, Laufen, Springen +2  
 Manchmal einfach so, ganz plötzlich +2

1.3 Wie hoch ist der Urinverlust?

- Kein Urinverlust  
 Geringe Menge - ein paar Tröpfchen +1  
 Mittlere Menge - mehr als ein paar Tröpfchen +2  
 Große Menge - ich kann es gar nicht mehr halten +3

2. Wie oft pro Tag gehen Sie auf die Toilette?

- 4-6 Mal  
 7-10 Mal +2  
 Öfter als 10 Mal +4

3. Wie oft pro Nacht gehen Sie auf die Toilette?

- Nie  
 1 Mal +2  
 Öfter als 1 Mal +4

4. Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

- Ja  
 Nein

4.1 Falls ja, wie oft?

- Nur 1-2 Mal im Jahr +1  
 Alle 3-4 Monate +2  
 Alle 1-2 Monate +3  
 Chronische Blasenentzündung +5

5. Tragen Sie Binden oder Einlagen im Alltag?

- Ja +4  
 Nein

6. Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, dass noch Urin in der Blase verbleibt?

- Ja +3  
 Nein

7. Haben Sie eines oder mehrere Kinder geboren?

- Ja  
 Nein

7.1 Falls ja, wie viele?

- 1 Kind +1  
 2 Kinder +2  
 3 Kinder +3  
 Mehr als 3 Kinder +5

7.2 War(en) die Geburt(en) vaginal oder per Kaiserschnitt?

- Vaginal +5  
 Kaiserschnitt +3

7.3 Wie lange ist die letzte Geburt her?

- Über 5 Jahre +1  
 3-5 Jahre +2  
 1-3 Jahre +3

7.4 Ist ihr Sexualempfinden seit der/n Geburt(en) wie zuvor?

- Ja +4  
 Nein

8. Gab es Veränderungen in Ihrer Libido oder Ihrem sexuellen Verlangen in letzter Zeit?

- Ja +4  
 Nein

9. Haben Sie Schmerzen beim Sex?

- Ja +4  
 Nein

10. Haben sie Probleme, einen Orgasmus zu bekommen?

- Ja +4  
 Nein

11. Ist Ihre Sensibilität zufriedenstellend?

- Ja +4  
 Nein

12. Haben Sie Schmerzen in Becken, Leisten oder unteren Rücken?

- Ja  
 Nein

12.1 Wie oft leiden Sie an diesen Schmerzen?

- Nur 1-2 Mal pro Monat +1  
 1-2 Mal pro Woche +2  
 3-5 Mal pro Woche +4  
 Täglich +5

13. Haben Sie in der Vergangenheit eine Operation im Beckenbereich oder in der Nähe des Beckenbodens gehabt?

- Ja +5  
 Nein

14. Wurde bei Ihnen eine Organsenkung diagnostiziert? (Beckenbodensenkung, Blasensenkung...)

- Ja +5  
 Nein

15. Haben Sie bereits physiotherapeutische Übungen oder andere Maßnahmen ergriffen, um die Stärke Ihres Beckenbodens zu verbessern?

- Ja +5  
 Nein

16. Wie sehr beeinträchtigt ihr Problem Sie im Alltag und in ihrer Lebensqualität auf einer Skala von 1-10?

+ 1-10

Notizen:

**Score:**

**/100**