

## 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><b>1. Wie wurden Sie auf den BeBo® Kurs aufmerksam?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Zeitung  <input type="checkbox"/> Arzt  <input type="checkbox"/> mündliche Empfehlung  <input type="checkbox"/> andere:.....</p>	<p><b>2. Wie häufig lassen Sie Urin am Tage?</b></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><b>3. Wie häufig stehen Sie nachts auf um Wasser zu lassen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0-1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> mehr als 3</p>	<p><b>4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</b></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><b>5. Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?</b></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><b>6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Laufen, Heben?</b></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><b>7. Verlieren Sie Urin im Schlaf?</b></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><b>8. Ist Ihr Harnstrahl schwach, verlangsamt oder verlängert?</b></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><b>9. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Blase nicht vollständig entleeren?</b></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><b>10. Müssen Sie pressen, um Urin zu lösen?</b></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><b>11. Brauchen Sie Binden/Einlagen wegen Ihres Urinverlustes?</b></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><b>12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</b></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><b>13. Haben Sie häufig Blaseninfektionen?</b></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><b>14. Schränken Sie die Trinkmenge ein, um Urinverlust zu vermeiden?</b></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><b>15. Beeinträchtigt der Urinverlust Ihr tägliches Leben? (Ausgang, Sport)</b></p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  <input type="checkbox"/> ein wenig  <input type="checkbox"/> ziemlich  <input type="checkbox"/> stark</p>	<p><b>16. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</b></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><b>17. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?</b></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><b>18. Wie ist die Konsistenz des Stuhls</b></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><b>19. Müssen Sie beim Stuhlgang stark pressen?</b></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><b>20. Nehmen Sie Abführmittel ein?</b></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><b>21. Leiden Sie unter Verstopfung?</b></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><b>22. Entweicht Ihnen Luft aus dem Darm, die Sie nicht zurückhalten können?</b></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><b>23. Verlieren Sie versehentlich dünnen Stuhl?</b></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><b>24. Verlieren Sie versehentlich festen Stuhl?</b></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><b>25. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck auf Scheide, Darm oder Damm unterstützen?</b></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><b>26. Haben Sie Beschwerden mit Hämorrhoiden?</b></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><b>27. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</b></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><b>28. Wie viele Geburten/Kaiserschnitte hatten Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine  <input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3 und mehr</p>	<p><b>29. Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide?</b></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><b>30. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Blase, Gebärmutter oder Darm gesenkt hat?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nie  <input type="checkbox"/> manchmal – weniger als 1x/Woche</p>	<p><b>31. Müssen Sie die Senkung zurückschieben, um Wasser lassen zu können?</b></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><b>32. Müssen Sie die Senkung zurückschieben beim Stuhlgang</b></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><b>33. Wie sehr stört Sie Ihre Senkung?</b></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><b>34. Sind Sie sexuell aktiv?</b></p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p><b>35. Wenn sie keinen Verkehr haben, warum?</b></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><b>36. Wird die Scheide ausreichend feucht während des Verkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>37. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu schlaff oder weit ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein nie  <input type="checkbox"/> manchmal  <input type="checkbox"/> häufig  <input type="checkbox"/> immer</p>
<p><b>38. Denken Sie, dass Ihre Scheide zu eng oder straff ist?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein nie  <input type="checkbox"/> manchmal  <input type="checkbox"/> häufig  <input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>39. Haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein nie  <input type="checkbox"/> manchmal  <input type="checkbox"/> häufig  <input type="checkbox"/> immer</p>
<p><b>40. Wo haben Sie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?</b></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><b>41. Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein nie  <input type="checkbox"/> manchmal  <input type="checkbox"/> häufig  <input type="checkbox"/> immer</p>
<p><b>42. Leiden Sie an Rückenbeschwerden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein nie  <input type="checkbox"/> manchmal  <input type="checkbox"/> häufig  <input type="checkbox"/> immer</p>	<p><b>43. Leiden Sie an chronischen Krankheiten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  <input type="checkbox"/> Allergien, Asthma  <input type="checkbox"/> anderes: .....</p>
<p><b>44. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja, nämlich: .....</p>	<p><b>45. Hatten Sie Operationen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja: .....</p>
<p><b>46. Haben Sie sich bereits mit dem Thema Beckenboden auseinandergesetzt (Literatur, Therapien etc.)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja, mit: .....</p>	<p><b>47. Wie sehr stört Sie Ihr Problem bei Sexualität? .....</b></p> <p><b>Rückenbeschwerden? .....</b></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.

