

**Fragebogen zu Senkungsbeschwerden**  
(P-QOL dt. Version)

Datum:

Eine Senkung ist eine Vorwölbung oder Ausbeulung der Scheidenwand und/oder der Gebärmutter, die Beschwerden verursachen kann.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, auch wenn Sie glauben dass Sie keine Senkung haben !

**Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?** Bitte markieren Sie **eine** Antwort

- Sehr gut
- Gut
- Mäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

**Wie stark beeinträchtigt die Senkung ihr Leben?** Bitte markieren Sie **eine** Antwort

- Gar nicht
- Ein wenig
- Mäßig
- Sehr

**Haben Sie die folgenden Symptome?**

**Wie stark fühlen Sie sich davon beeinträchtigt?**

	Gar nicht	leicht	mäßig	sehr
Häufiger Toilettengang um Wasser zu lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzlicher starker Harndrang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinverlust in Verbindung mit starkem Harndrang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinverlust beim Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl einer Vorwölbung oder Beule vor oder in der Scheide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweregefühl oder Druckgefühl in der Scheide oder im Unterbauch im Verlauf des Tages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheidenvorwölbung, die die Darmentleerung behindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Misempfindung in der Scheide, die beim Stehen am stärksten ist und sich nach dem Hinlegen bessert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Haben Sie die folgenden Symptome?**

**Wie stark fühlen Sie sich davon beeinträchtigt?**

	Gar nicht	leicht	mäßig	sehr
Schwacher Harnstrahl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchpresse zur Blasenentleerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinachträufeln nach der Blasenentleerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Enddarm fühlt sich nach dem Stuhlgang nicht komplett entleert an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung: Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchpresse zur Stuhlentleerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheidenvorwölbung die beim Geschlechtsverkehr stört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenprobleme verschlechtern sich mit Missempfindungen in der Scheide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helfen Sie beim Entleeren des Darms mit den Fingern nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie oft haben Sie Stuhlgang?	Mehr als 1x pro Tag <input type="radio"/>	1x pro Tag <input type="radio"/>	1x alle 2 Tage <input type="radio"/>	1x alle 3 Tage <input type="radio"/>	1x pro Woche oder weniger <input type="radio"/>
------------------------------	--	-------------------------------------	---	---	--

**Die unten aufgelisteten Tätigkeiten können durch ihr Senkungsproblem beeinträchtigt sein.**

**Wie stark beeinträchtigt Sie Ihr Senkungsproblem?**

**Wir möchten Sie bitten, jede Frage zu beantworten. Kreuzen Sie einfach das Zutreffende an.**

**Rolleneinschränkungen**

Gar nicht      leicht      mäßig      sehr

In welchem Ausmaß beeinträchtigt Ihre Senkung die Hausarbeit (Putzen, Einkaufen, etc.)?  
                 

Beeinträchtigt Ihre Senkung die Berufstätigkeit oder die täglichen Aktivitäten außer Haus?  
                 

**Körperliche/Soziale Einschränkungen**

Beeinträchtigt Ihre Senkung Ihre sportlichen Aktivitäten? (Spazieren, Walking, Gymnastik, etc.)  
                 

Schränkt Ihre Senkung die Möglichkeiten zu Reisen ein?  
                 

Beeinträchtigt Ihre Senkung Ihr soziales Leben?  
                 

Schränkt Ihre Senkung die Möglichkeit ein Freunde zu treffen?

<b>Persönliche Beziehungen</b>	<b>Keine Angabe möglich</b>	<b>Gar nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mäßig</b>	<b>sehr</b>
Beeinträchtigt Ihre Senkung Ihre Partnerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Ihre Senkung Ihr Sexualleben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Ihre Senkung Ihr Familienleben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Stimmung</b>	<b>Gar nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mäßig</b>	<b>sehr</b>
Verursachen Ihre Senkungsprobleme depressive Stimmungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie wegen Ihrer Senkungsprobleme ängstlich oder nervös?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich minderwertig wegen Ihrer Senkungsprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Schlaf/Vitalität</b>	<b>Nie</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>immer</b>
Beeinträchtigt die Senkung Ihren Schlaf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich erschöpft und müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Versuchen Sie die folgenden Maßnahmen, um Ihr Senkungsproblem zu verbessern?  
Beantworten Sie bitte die Fragen, auch wenn Sie glauben kein Senkungsproblem zu haben.**

	<b>Nie</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>immer</b>
Benutzung von Tampons/Vorlagen Binden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drücken Sie die Senkung zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Fragebogen PGI

### **VOR der Operation auszufüllen:**

Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie schwer Ihre Senkungsbeschwerden jetzt sind?

- Normal
- Leicht
- Mäßig
- Schwer

### **NACH der Operation auszufüllen:**

Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie schwer Ihre Senkungsbeschwerden jetzt sind, verglichen mit dem Zeitraum vor der Operation?

- Sehr viel besser
- Viel besser
- Ein wenig besser
- Keine Veränderung
- Ein wenig schlechter
- Viel schlechter
- Sehr viel schlechter