

**Formular/Formblatt**
**Inkontinenzfragebogen zur Erfassung der Lebensqualität  
 (King's Health Questionnaire, deutsche Version)**
**Geltungsbereich:** Beckenbodenzentrum

**Herausgeber:** Beckenbodenzentrum

**Erstellt am:** 22.04.2008

**Freigegeben am:** 26.01.2015

		sehr gut	gut	mittelmässig	schlecht	sehr schlecht
<b>1</b>	Wie würden Sie zur Zeit Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>2</b>	Wie sehr wirkt sich Ihrer Meinung nach Ihr Blasenproblem auf Ihr Leben aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend sind einige tägliche Aktivitäten aufgeführt, die durch Blasenprobleme beeinträchtigt werden können. Wie sehr beeinträchtigt Sie Ihr Blasenproblem? Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten.

**Einschränkung in den täglichen Aktivitäten**

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>3a</b>	In welchem Ausmass beeinträchtigt Sie Ihr Blasenproblem bei Ihren Aufgaben im Haushalt (z.B. Putzen, Einkaufen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3b</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre berufliche Arbeit oder Ihre üblichen täglichen Aktivitäten ausserhalb des Hauses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Körperliche und soziale Einschränkungen**

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>4a</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre körperlichen Aktivitäten (z.B. Spazieren, Laufen, Sport, Gymnastik usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4b</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit zu reisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4c</b>	Schränkt Sie Ihr Blasenproblem im Kontakt mit anderen Menschen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4d</b>	Schränkt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit ein, Freunde zu treffen/zu besuchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Persönliche Beziehungen**

		Nicht zutreffend	überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>5a</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5b</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5c</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inkontinenzfragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (King's Health Questionnaire, deutsche Version)**
**Gefühlszustand**

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>6a</b>	Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6b</b>	Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems ängstlich oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6c</b>	Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems weniger wert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schlaf/Energie**

		nie	manchmal	oft	immer
<b>7a</b>	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihren Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7b</b>	Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems erschöpft/müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nie	manchmal	oft	immer
<b>8a</b>	Tragen Sie Einlagen, um trocken zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8b</b>	Achten Sie darauf, wieviel Flüssigkeit Sie trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8c</b>	Müssen Sie die Unterwäsche wechseln, weil sie nass wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8d</b>	Haben Sie Angst, unangenehm zu riechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8e</b>	Ist Ihnen Ihr Blasenproblem peinlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr beeinträchtigen Sie diese Probleme?**

	ein wenig	mässig	stark
Sehr oft zur Toilette gehen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts aufstehen zu müssen, um Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein starker und schwer unterdrückbarer Drang, Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang, verbunden mit einem starken Drang, Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang bei körperlicher Aktivität, z.B. Husten, Niesen, Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Harnwegsentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weitere Blasenprobleme? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

Datum: ..... Unterschrift: .....