



Fragebogen zur Lebensqualität

Wie sehr beeinträchtigt Sie Ihre überaktive Blase?

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen wurde eine überaktive Blase (ÜAB) vom Arzt diagnostiziert. Wir haben einen Fragebogen zu den belastenden ÜAB-Symptomen und der Beeinträchtigung der Lebensqualität zusammengestellt, mit dem Sie den Fortschritt Ihrer Therapie verfolgen können.

Bitte füllen Sie diesen VOR Beginn Ihrer Therapie aus und danach ca. alle 2–3 Wochen. Sie können die Antworten auch dazu verwenden, Aspekte der Therapie bzw. Ihre Wünsche in Bezug auf das Therapieergebnis mit Ihrem Arzt zu besprechen.

Sie können die untenstehenden Fragen aber auch beantworten, wenn noch keine Diagnose gestellt wurde – um für sich selbst zu bewerten, wie sehr Sie durch die Blasensymptome beeinträchtigt sind.

1. Wie fühlen Sie sich?

sehr gut gut geht so schlecht

2. Wie ist aktuell Ihr Gesundheitszustand?

sehr gut gut geht so schlecht

3. Wie sehr beeinträchtigt Ihre überaktive Blase Ihr Leben?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

4. Wie sehr sind Sie durch Ihre überaktive Blase bei Ihren täglichen Aufgaben beeinträchtigt, z. B. beim Einkaufen?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

5. Wie oft müssen Sie tagsüber auf die Toilette?

..... x pro Tag

ÜAB = Überaktive Blase



6. In welchen Alltagssituationen macht sich Ihre überaktive Blase bemerkbar?
(Mehrfachnennung möglich)

a. beim Job

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

b. beim Sport, Laufen, Rennen

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

c. beim Reisen

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

7. Führt Ihre überaktive Blase zu Beeinträchtigungen ...

a. in Ihrem sozialen Leben?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

b. beim Treffen mit Freunden?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

c. in Ihrer Partnerschaft?

nicht zutreffend gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

d. in Ihrem Familienleben?

nicht zutreffend gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark



8. Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer überaktiven Blase

a. schlecht?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

b. niedergeschlagen/depressiv?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

c. nervös oder unsicher?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

9. Machen Sie die folgenden Dinge?

a. Verwenden Sie Slipeinlagen oder ähnliches?

nie manchmal oft immer

b. Achten Sie darauf, wie viel Sie trinken?

nie manchmal oft immer

c. Trinken Sie weniger, bevor Sie das Haus verlassen?

nie manchmal oft immer

d. Müssen Sie Kleidung wechseln, weil Sie nicht schnell genug zur Toilette kommen?

nie manchmal oft immer

e. Machen Sie sich Sorgen, dass jemand Ihre überaktive Blase bemerken könnte?

nie manchmal oft immer



9. Verspüren Sie oft einen starken Drang, schnellstmöglich eine Toilette aufsuchen zu müssen?

selten manchmal oft

10. Verlieren Sie oft bereits auf dem Weg zum WC einige Tropfen Urin?

selten manchmal oft

11. Schaffen Sie es oft nicht mehr zur Toilette?

selten manchmal oft

12. Verlieren Sie Urin beim Treppensteigen, Husten oder Niesen?

selten manchmal oft

13. Beeinträchtigt Ihre überaktive Blase Ihre Nachtruhe?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

14. Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen müde und ausgelaugt?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr stark

15. Wie oft stehen Sie nachts auf, um auf die Toilette zu gehen?

selten manchmal oft

16. Müssen Sie die Bettwäsche wechseln, weil Sie nachts Urin verlieren?

selten manchmal oft



17. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|---|----|------|
| a. Ich gehe nur dort einkaufen, wo ich genau weiß, wo die Toilette ist | ja | nein |
| b. Ich verlasse nur mit Vorbereitung das Haus (weniger trinken usw.) | ja | nein |
| c. Ich verlasse spontan das Haus | ja | nein |
| d. Ich treffe mich gerne mit Freunden außerhalb meiner Wohnung | ja | nein |
| e. Ich gehe nicht mehr in Konzerte/Theater/Kino aufgrund meiner überaktiven Blase | ja | nein |
| f. Ich kann meinem Hobby nicht mehr nachgehen aufgrund meiner überaktiven Blase | ja | nein |
| g. Es ist mir peinlich, über die ÜAB-Symptome zu sprechen | ja | nein |
| h. Ich habe bisher versucht, selbst eine Lösung für die ÜAB zu finden | ja | nein |
| i. Ich denke, dass die ÜAB-Symptome altersbedingt sind und man dagegen nichts machen kann | ja | nein |
-



18. Was würden Sie gerne ändern?

a. Ich würde gerne wieder unbeschwert Dinge unternehmen ohne die belastenden ÜAB-Symptome	ja	nein
b. Ich möchte mir keine Gedanken darüber machen müssen, ob andere bemerken, dass ich an einer ÜAB leide	ja	nein
c. Ich möchte nicht ständig während eines Meetings auf Toilette gehen müssen	ja	nein
d. Ich möchte gerne mit dem Auto in den Urlaub fahren ohne an jeder Raststätte halten zu müssen	ja	nein
e. Ich möchte gerne mit einer Freundin in der Stadt bummeln ohne zu überlegen, wo die nächstgelegene Toilette ist	ja	nein
f. Ich möchte mich – wie früher – mit Freunden treffen und einen gemütlichen Abend erleben ohne ständig auf die Toilette zu müssen	ja	nein

Was sollte sich mit der Therapie der ÜAB-Symptome vor allem für Sie ändern, was wäre Ihr Wunsch?

.....

Wie lange haben Sie die o.g. belastenden ÜAB-Symptome schon? Monate oder Jahre

.....

Wie lange geben Sie einer Therapie eine Chance? Monate oder Jahre

.....

Ausgefüllt am: