

Geachte mevrouw,

U heeft zich aangemeld bij de bekkenbodempoli. Dit kan alleen op verwijzing van uw huisarts.

Onder bekkenbodempoblematiek wordt o.a. verstaan incontinentie voor urine en/of ontlasting, verzakkingklachten, plasklachten, prostaatklachten, obstipatie, pijnklachten in het onderbuiksgebied en seksuele klachten.

Het kan zijn dat u meerdere van bovenstaande klachten heeft.

Daarom is deze vragenlijst samengesteld door zowel de gynaecoloog, uroloog, maag-darm-en leverarts, chirurg en bekkenfysiotherapeut.

Om inzicht te krijgen in uw problematiek en u zo goed mogelijk te verwijzen vragen wij u deze vragenlijst in te vullen.

De vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen. Deze onderdelen bevatten soms vragen waarvan u misschien denkt dat ze niet van belang zijn. Wij verzoeken u toch alle vragen in te vullen tenzij anders vermeld. Het invullen duurt ca. 20-30 minuten.

#### **Beoordelen.**

Na ontvangst van uw vragenlijst, wordt deze beoordeeld door een van de leden van het bekkenbodemteam. Vervolgens krijgt u schriftelijk een afspraak bij een of meerdere specialisten.

#### **Deze ingevulde vragenlijst kunt u zenden naar:**

Alrijne Ziekenhuis Leiden  
Afdeling fysiotherapie  
t.a.v. H. Wempe/M. Clemens-v.d. Poel  
Antwoordnummer 10339 (een postzegel is niet nodig)  
2300 WB Leiden

Patiëntnummer Alrijne Ziekenhuis Leiden\_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:\_\_\_\_\_

Adres: straat \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Mobiel: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer\_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Dit deel van de vragenlijst bevat een aantal algemene vragen en vragen die betrekking hebben op uw huidige gezondheid. Omcirkel het bij u passende antwoord of vul het getal in.

1. Welke opleiding(en) heeft u voltooid? (meer dan één antwoord mogelijk)
  - a. basisonderwijs / lagere school (of een deel daarvan)
  - b. lager beroepsonderwijs (lts, lhno, leao, huishoudschool etc.)
  - c. mavo, (m)ulo etc.
  - d. middelbaar beroepsonderwijs (mts, meao, opleiding tot verpleegkundige etc.)
  - e. vwo, havo, gymnasium, mms etc.
  - f. hoger beroepsonderwijs (hts, heao, sociale academie etc.)
  - g. wetenschappelijk onderwijs (doctoraal examen)
2. Wat is uw huidige beroep of zijn uw werkzaamheden?
3. Heeft u kinderen? 0 Ja                      0 Nee (door met vraag 4)
  - a. Hoeveel kinderen heeft u? Aantal:
  - b. Hebt u een keizersnede gehad? 0 Ja:            keer            0 Nee
  - c. Hebt u een tangverlossing gehad? 0 Ja:            keer            0 Nee
  - d. Hebt u een vacuüm cup verlossing gehad? 0 Ja:            keer            0 Nee
  - e. Bent u tijdens de bevalling "ingeknipt"? 0 Ja:            keer            0 Nee
  - f. Bent u tijdens de bevalling "ingescheurd"? 0 Ja:            keer            0 Nee
  - g. Wanneer was uw eerste bevalling?  
(dag/maand/jaar)
  - h. Hoe oud was u tijdens de eerste bevalling? (leeftijd in jaren)
  - i. Heeft u last van urineverlies gehad tijdens de zwangerschap? 0 Ja      0 Nee

Bij de volgende twee vragen lopen de antwoordcategorieën op van 1 (erg slecht) tot 6 (uitstekend). Wilt u het getal omcirkelen dat het meest op u van toepassing is?

4. Hoe zou u uw algehele kwaliteit van leven beoordelen?  
1            2            3            4            5            6  
erg slecht    slecht       matig       goed       zeer goed    uitstekend
5. Hoe zou u uw algehele gezondheid willen omschrijven?  
1            2            3            4            5            6  
erg slecht    slecht       matig       goed       zeer goed    uitstekend
6. Wat is uw lengte in cm.:  
  
Wat is uw gewicht in kg:
7. Rookt u: 0 Ja nl.            per dag            0 Nee
8. Drinkt u alcohol? 0 Ja nl.            per dag            0 Nee

9. Bent u bij andere specialisten onder behandeling? 0 Ja 0 Nee  
Zo ja, welke:

| Specialisme | Waarvoor | Wanneer |
|-------------|----------|---------|
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |

10. Gebruikt u medicijnen? 0 Ja 0 Nee  
Zo ja, welke:

| Medicament | Dosering | Frequentie |
|------------|----------|------------|
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |
|            |          |            |

11. Heeft u operaties ondergaan? 0 Ja 0 Nee  
En zo ja welke:

| Operatie | Waarvoor | Wanneer |
|----------|----------|---------|
|          |          |         |
|          |          |         |
|          |          |         |
|          |          |         |
|          |          |         |
|          |          |         |
|          |          |         |

12. Bent u bekend met een allergie? 0 Ja 0 Nee  
Zo ja, welke:

-----  
*De volgende 5 vragen hebben betrekking op uw huidige gezondheidstoestand. Omcirkel bij elke vraag de zin die het best bij uw eigen gezondheidstoestand past.*  
-----

13. Mobiliteit

- a. Ik heb geen problemen met lopen
- b. Ik heb enige problemen met lopen
- c. Ik ben bedlegerig

14. Zelfzorg

- a. Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- b. Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- c. Ik ben niet in staat om mijzelf te wassen of aan te kleden

15. Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezin- en vrijetijdsactiviteiten)

- a. Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- b. Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- c. Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

16. Pijn/klachten

- a. Ik heb geen pijn of andere klachten
- b. Ik heb matige pijn of andere klachten
- c. Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

17. Stemming

- a. Ik ben niet angstig of somber
- b. Ik ben matig angstig of somber
- c. Ik ben erg angstig of somber

-----  
*Vrouwen met ongewenst urineverlies en/of een verzakking hebben aangegeven dat ze de volgende klachten hadden. Kunt u aangeven welke klachten u op dit moment ook heeft en hoeveel last u daar van heeft. Beantwoord s.v.p. alle vragen, ook als u geen klachten heeft.*  
-----

18. a. Vindt u dat u vaak moet plassen?

0 Ja      2 Nee (ga naar 18c)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg

c. Hoeveel keer plast u gemiddeld per dag?

keer

d. Hoe vaak gaat u 's nachts naar het toilet om te plassen?

keer

19. a. Als u moet plassen voelt u dan altijd een sterke aandrang?

0 Ja      2 Nee (ga naar 20)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg

20. Kunt u de plas bij aandrang uitstellen?
- nee
  - tot 15 minuten
  - goed onder controle
21. Heeft u meer aandrang bij:
- koude
  - lopende kraan
  - douche
  - nervositeit
  - geen van allen
22. Komt uw plas:
- spontaan
  - na wachten
  - wisselend
  - anders, nl:
23. a. Heeft u ongewenst urineverlies bij:
- koude
  - lopende kraan
  - onder de douche
  - bij aandrang
  - geen verlies
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
24. Zo ja, hoe vaak verliest u ongewild urine?
- dagelijks
  - paar keer per week
  - 1 keer per week
  - 1 keer per maand
  - 1 keer per jaar
25. Hoeveel urine verliest u bij aandrang?
- druppels
  - scheutjes
  - hele blaasinhoud
26. Heeft u ongewenst urineverlies bij lichamelijke inspanning, hoesten of niezen?
- 0 Ja                      0 Nee (ga naar vraag 30)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
27. Zo ja, hoe vaak verliest u ongewild urine bij lichamelijke inspanning, hoesten of niezen?
- dagelijks
  - paar keer per week
  - 1 keer per week
  - 1 keer per maand
  - 1 keer per jaar

28. Hoeveel urine verliest u bij lichamelijke inspanning, hoesten, niezen?
- druppels
  - scheutjes
  - hele blaasinhoud
29. a. Gebruikt u inlegmateriaal/incontinentiemateriaal?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 30)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel per 24 uur?
- c. Zo ja, heeft u behoefte aan informatie van een verpleegkundige over incontinentiemateriaal ? 0 Ja      0 Nee
30. a. Heeft u moeite uw blaas leeg te plassen?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 31)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
31. a. Heeft u wel eens het gevoel dat de blaas na het plassen niet helemaal leeg is?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 32)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
32. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar een blaasontsteking gehad?
- nooit
  - 1 keer
  - tussen de 2 en 4 keer
  - meer dan 4 keer
33. a. Heeft u wel eens een drukkend gevoel onder in de buik?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 34)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
34. a. Heeft u wel eens pijn onder in de buik of in de schaamstreek?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 35)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|
35. a. Heeft u last van een balgevoel?
- 0 Ja      0 Nee (ga naar 36)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?
- |                 |              |         |            |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| 1 helemaal niet | 2 een beetje | 3 nogal | 4 heel erg |
|-----------------|--------------|---------|------------|

36. a. Heeft u wel eens gezien dat er iets uit de vagina stulpt?

0 Ja                      0 Nee (ga naar 37)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

c. Bent u hier bezorgd om?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

---

*Vrouwen met klachten over de stoelgang hebben aangegeven dat ze de volgende klachten hadden . Kunt u aangeven welke klachten u op dit moment ook heeft en hoeveel last u daar van heeft. Beantwoord s.v.p. alle vragen, ook als u geen klachten heeft*

---

37. Hoe vaak heeft u gemiddeld per week een geslaagde ontlasting?

a. minder dan 3 keer per week

b. 3 tot 4 keer per week

c. 1 tot 2 keer per dag

d. meerdere keren per dag

e. anders

38. a. Heeft u het idee dat u moeite heeft om de ontlasting te produceren (obstipatie)?

0 Ja                      0 Nee (ga naar 39)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

39. a. Moet u om ontlasting te krijgen in meer dan een kwart van de keren persen?

0 Ja                      0 Nee (ga naar 40)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

40. Heeft u in minstens 3 van de 4 stoelgangen brijige tot waterige ontlasting?

0 Ja                      0 Nee (ga naar 41)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

41. a. Heeft u wel eens ongecontroleerd verlies van ontlasting?

0 Ja                      0 Nee (ga naar 44)



b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?

1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

c. Gebruikt u inlegmateriaal/incontinentiemateriaal?

0 Ja                      0 Nee



d. Zo ja, hoeveel per 24 uur?

e. Zo ja, heeft u behoefte aan informatie van een verpleegkundige over incontinentiemateriaal:    0 Ja                      0 Nee

42. Hoe vaak verliest u ontlasting?
- dagelijks
  - een paar keer per week
  - 1 keer per week
  - 1 keer per maand
  - 1 keer per jaar
43. Wanneer komt het verlies voor?
- bij hoesten, niezen, persen, wandelen, sporten
  - bij bukken/tillen
  - bij opstaan uit de stoel, traplopen
  - bij opstaan uit bed
  - bij aandrang
44. a. Heeft u langere of kortere perioden van pijn in het gebied van anus of endeldarm?  
 0 Ja            0 Nee (ga naar 45)  
 ↓  
 b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?  
 1 helemaal niet            2 een beetje            3 nogal            4 heel erg
45. a. Heeft u het gevoel dat er slijmvlies of ander weefsel uit de anus komt, spontaan, bij lopen, bij ontlasting?  
 0 Ja            0 Nee (ga naar 46)  
 ↓  
 b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?  
 1 helemaal niet            2 een beetje            3 nogal            4 heel erg
46. a. Heeft u tenminste 3 dagen per maand terugkerende buikpijnklachten of ongemakkelijk gevoel in de buik in verbeterend na de stoelgang of samenhangend met veranderingen in ontlastingsfrequentie of vorm?  
 0 Ja            0 Nee (ga naar 47)  
 ↓  
 b. Zo ja, hoeveel last heeft u hier van?  
 1 helemaal niet            2 een beetje            3 nogal            4 heel erg

---

*De volgende vragen gaan over de seksualiteit. Het is de bedoeling dat u bij het beantwoorden denkt aan de situatie van de afgelopen 3 maanden. Wilt u het voor u meest passende antwoord omcirkelen.*

---

47. a. Heeft u wel eens seksueel contact met uw partner? (Denk hierbij aan alle vormen van seksueel contact en niet alleen aan geslachtsgemeenschap)  
 0 Ja            0 Nee  
 ↓  
 b. Zo ja, hoe tevreden bent u daarover?  
 1 helemaal niet            2 een beetje            3 nogal            4 heel erg  
 c. Zo nee, hoe vervelend vindt u dat?  
 1 helemaal niet            2 een beetje            3 nogal            4 heel erg  
 ↓  
 d. zo nee, komt dit door de klachten?            0 Ja            0 Nee  
 e. Indien u ontevreden bent, heeft u behoefte aan informatie van een seksuoloog?  
 0 Ja            0 Nee

48. Hoe vaak hebt u geslachtsgemeenschap?
- nooit ( ga naar 51)
  - minder dan 1 keer per maand
  - 1 tot 2 keer per maand
  - 1 keer per week
  - meerdere keren per week
49. a. Verliest u wel eens urine tijdens de geslachtsgemeenschap?
- 0 Ja                      0 Nee                      0 Niet van toepassing (geen seks)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u daarvan?
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
50. a. Ervaart u pijn tijdens de geslachtsgemeenschap?
- 0 Ja                      0 Nee                      0 Niet van toepassing (geen seks)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u daarvan?
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
51. a. Is de vagina zo nauw dat geslachtsgemeenschap daardoor niet mogelijk is?
- 0 Ja                      0 Nee                      0 Niet van toepassing (geen seks)
- ↓
- b. Zo ja, hoeveel last heeft u daarvan?
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
52. a. Heeft u negatieve ervaringen in het verleden m.b.t. misbruik of mishandeling?
- 0 Ja                      0 Nee
- ↓
- b. Zo ja, heeft u daarvoor hulp gehad?    0 Ja    0 nee
- c. Is dit verwerkt?                                      0 Ja    0 nee
- d. Zo nee, wilt u daarvoor hulp?                      0 Ja    0 nee

---

*Sommige vrouwen vinden dat bovenstaande klachten hun activiteiten, relaties en gevoelens kunnen beïnvloeden. De vragen in onderstaande lijst gaan hierover. Geef voor iedere vraag het antwoord aan dat het beste beschrijft hoe zeer uw activiteiten, relaties en gevoelens beïnvloed worden door uw urineverlies en/of verzakking en/of problemen met de ontlasting.*

---

Hoeveel invloed heeft ongewenst urineverlies en/of verzakking en/of problemen met de ontlasting gehad op:

53. Uw vermogen om huishoudelijk werk te doen (koken, schoonmaken, wassen)
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
54. Uw vermogen om klein onderhoud of reparaties te verrichten in en om het huis
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
55. Boodschappen doen en winkelen
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg
56. Reizen met auto of openbaar vervoer over een afstand van minder dan 20 minuten
- 1 helemaal niet              2 een beetje                      3 nogal                      4 heel erg

57. Ergens naar toe gaan als u niet helemaal zeker weet of er daar toiletten zijn  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
58. Bezoek krijgen van vrienden en kennissen  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
59. Relaties met vrienden en kennissen  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
60. Een seksuele relatie  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
61. Geestelijke/emotionele gezondheid  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
62. Wordt u in uw activiteiten beperkt door angst dat anderen u ruiken?  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
63. Heeft u als gevolg van uw probleem de volgende gevoelens?
- a. Nervositeit of ongerustheid  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
- b. Frustratie  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
- c. Zich gegeneerd voelen  
 1 helemaal niet      2 een beetje      3 nogal      4 heel erg
- 64.a. Heeft u reeds bekkenfysiotherapie gehad?  
 0 Ja      0 Nee  
 ↓  
 b. Zo ja, bij wie?
- c. Geeft u ons toestemming om bij deze therapeut nadere gegevens op te vragen?  
 0 Ja      0 Nee

65. Wat is uw grootste probleem waarvoor u naar de bekkenbodempoli komt?

66. Heeft u nog opmerkingen?

---



---



---

Datum van invullen: ----- 20 --