## TAGEBUCH ÜBER DIE BLASENENTLEERUNG

| Datum | Uhrzeit | Trinkmenge/-art | Urinvolumen (ml) | Harndrang/ Schmerzen | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Tragen Sie jeweils ein, wann Sie wie viel trinken, wann Sie wie viel Wasser lassen (bitte messen Sie die Urinmenge in einem Messbecher!) und ob Harndrang und/oder Schmerzen beim oder nach dem Wasserlassen auftraten.**

## SCHMERZTAGEBUCH

| Datum | Uhrzeit | Schmerzlevel | Medikament(e) | Schmerz-beschreibung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Beurteilen Sie Ihren Schmerz entsprechend der Intensität unter „Schmerzlevel“: Auf einer Skala von 1 bis 10 bedeutet 1 gar kein Schmerz, 10 absolut unerträglicher Schmerz, 2 bis 9 sind Abstufungen.**

## SYMPTOM- UND BEEINTRÄCHTIGUNGS-FRAGEBOGEN BLASE-/BECKENSCHMERZ UND HARNDRANG

**Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie am meisten zutrifft.**

| | Beschwerden/Symptome | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Symptomwert | Beeinträch-tigungswert |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wie viele Male suchen Sie tagsüber die Toilette auf? | 3–6 | 7–10 | 11–14 | 15–19 | 20+ | | |
| 2 | **a.** Wie viele Male suchen Sie nachts die Toilette auf? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | | |
| | **b.** Wenn Sie nachts zur Toilette müssen, fühlen Sie sich beeinträchtigt? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| 3. | **a.** Hatten Sie jemals Schmerzen oder Beschwerden nach dem Geschlechtsverkehr? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| | **b.** Haben Sie jemals den Geschlechtsverkehr wegen Schmerzen oder Harndrang vermieden? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| 4 | Haben Sie Schmerzen im Bereich von Blase oder Becken (Scheide, Vulva, Harnröhre, Damm, After, Unterbauch)? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| 5 | **a.** Wenn Schmerzen bestehen, sind diese für gewöhnlich … | | Mild | Mäßig | Stark | | | |
| | **b.** Beeinträchtigt der Schmerz Sie? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| 6 | Haben Sie auch nach dem Wasserlassen noch Harndrang? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| 7 | Wenn Sie Harndrang haben, ist er für gewöhnlich … | | Mild | Mäßig | Stark | | | |
| 8 | Beeinträchtigt Sie der Harndrang? | Nie | Selten | Meistens | Immer | | | |
| | | | | | | **Werte:** | | |
| | | | | | | **Totalwert:** | | |

Nach Lowell Parsons 2000