

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Allgemeine Angaben

Wann wurde bei Ihnen die Blase entfernt? .....(Monat/Jahr)

In welchem Krankenhaus wurde bei Ihnen die Blase entfernt? .....

Welche Form der Harnableitung haben Sie erhalten?

*Ileum-Conduit*       *Neoblase*       *Katheterisierbarer Pouch (=MAINZ-I)*

*Ausleitung über den Enddarm (=MAINZ II)*       *Keine Harnableitung (z.B. bei Dialyse)*

*Harnleiter-Haut-Fistel (sog. Ureterokutaneostomie)*

Hatten Sie bereits vor der Zystektomie eine OP im Bauchraum?       Ja       Nein

.... Falls ja, welche?

*Blinddarm-OP*            *Künstlicher Darmausgang*     

*Gallenblasen-OP*            *Entfernung der Gebärmutter*     

*Magen(teil)entfernung*            *Transplantation (Leber, Niere)*     

*Darmteilentfernung*            *Entfernung der Eierstöcke*     

Haben Sie einen künstlichen Darmausgang?       Ja       Nein

## Postoperative Maßnahmen

Sind Sie nach der Blasenentfernung bestrahlt worden?       Ja       Nein

...falls ja, im Bauchraum/Becken?       Ja       Nein

Haben Sie vor der Blasenentfernung eine Chemotherapie erhalten?       Ja       Nein

Haben Sie nach der Blasenentfernung eine Chemotherapie erhalten?       Ja       Nein

## Darmgewohnheiten

Bitte geben Sie Ihre derzeitige Stuhlfrequenz pro Tag an: ca. .... pro Tag

Bitte geben Sie Ihre Stuhlfrequenz pro Tag vor der Zystektomie an: ca. .... pro Tag

Leiden Sie aktuell an Darmproblemen?       Ja       Nein

Bestanden Darmprobleme bereits vor der Zystektomie?       Ja       Nein

Haben sich Darmprobleme nach der Blasenentfernung entwickelt?  Ja  Nein

Meinen Sie, dass die Darmprobleme in direktem Zusammenhang mit der Blasenentfernung stehen?  Ja  Nein

Wie häufig sind folgende Probleme in den letzten 4 Wochen von Ihnen bemerkt worden? (Mehrfachnennungen möglich):

<b>Wie oft leiden Sie an ...</b>	<b>Ständig</b>	<b>Häufig</b>	<b>Selten</b>	<b>nie</b>
<b>... Durchfall</b>				
<b>... Verstopfung</b>				
<b>... Ständiger Drang zur Stuhlentleerung</b>				
<b>... Gefühl den Stuhlgang nicht richtig entleeren zu können</b>				
<b>... Ungewollter Stuhlverlust</b>				
<b>... Blähungen</b>				

Falls Sie an Darmproblemen leiden ...

... führt dies zu einer Lebenseinschränkung im Alltag?  Ja  Nein

... sind Sie mit der aktuellen Situation unzufrieden?  Ja  Nein

... wie sehr unzufrieden sind Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
wenig unzufrieden [1]					Sehr unzufrieden [10]				

### Ernährungsgewohnheiten

Essen sie häufig Fleisch und/oder Wurst?  Ja  Nein

Essen Sie gerne Ballaststoffe (Obst, Gemüse, Vollkorn)?  Ja  Nein

Sind sie Vegetarier oder Veganer?  Ja  Nein

Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten seit der Blasenentfernung verändert?  Ja  Nein

*Falls ja...*

... essen Sie nun häufiger Fleisch/Wurst als vorher?  Ja  Nein

... essen Sie häufiger Fisch als vorher?  Ja  Nein

... essen Sie mehr Ballaststoffe (Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollkorn) als vorher?  Ja  Nein

## Lebensqualität

Wie bewerten Sie Ihre aktuelle Lebensqualität?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr schlecht [1] Sehr gut [10]

Wie bewerten Sie Ihren aktuellen Gesundheitsstatus?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr schlecht [1] Sehr gut [10]

Wie bewerten Sie Ihren aktuellen Energielevel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr schlecht [1] Sehr gut [10]

*Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass Ihre Angaben zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden dürfen. Ihre Angaben bleiben streng anonym und werden nicht an Dritte weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift:

Wenn Sie möchten, dass wir Sie anschreiben, um Sie bei einer Therapie zur Verbesserung Ihrer Stuhlgewohnheiten begleiten zu dürfen, dann geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten an und setzen das Häkchen.

*Ja, ich möchte zum Zwecke einer Therapiebegleitung hinsichtlich meiner Darmproblematik angeschrieben werden. Meine Kontaktdaten sind:*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Emailadresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer