

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(weiblich)

Zutreffendes bitte ankreuzen.
Mehrfachnennungen möglich.



ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Datum:	
Name:	
Alter:	
Beruf:	
Diagnose:	
Überweisender Arzt:	
Aktuelle Symptome:	

1. Wie und wann ist Ihre Blasenfunktionsstörung aufgetreten?

Plötzlich, evtl. auslösendes Ereignis

Allmählich zunehmend seit _____

2. Wie oft urinieren Sie ungefähr?

>> Tagsüber _____ >> Nachts _____

3. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie ungefähr täglich zu sich? _____

4. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

Nein (bitte weiter bei 10.) Ja

5. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

Husten, Niesen, Lachen

Sport wie: _____

Bei Veränderungen der Körperposition, wie
Aufstehen / Hinsetzen

Nachts Bei Harndrang

Ohne jeden Anlass Anderes:

6. Wie oft verlieren Sie Urin?

Jeden Monat Jede Woche

Jeden Tag Permanent

7. Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen?

Einige Tropfen Spritzer Größere Mengen

8. Benutzen Sie Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

Slipeinlagen pro Tag _____

Vorlagen: Größe _____ Tags Nachts

Inkontinenzhose: Größe _____ Tags Nachts

9. Gibt es Strategien, die Ihnen helfen den Urinverlust zu reduzieren?

10. Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Ich...

..spüre, wenn meine Blase voll ist

..presse, um meine Blase zu entleeren

..habe das Gefühl, meine Blase entleert sich nicht vollständig

..habe häufigen Harndrang

..kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.

..erreiche die Toilette nicht immer trocken

..gehe häufig vorsorglich zur Toilette

..reduziere die Trinkmenge, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden

.. habe Schmerzen beim Wasserlassen

..habe häufige Harnwegsinfektionen

..habe Schmerzen beim Wasserlassen.

..habe häufige Harnwegsinfektionen.

..habe einen Druck / ein Schweregefühl im Becken

..habe ein Fremdkörpergefühl in meiner Vagina

..habe häufig Schmerzen im unteren Rücken

11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

Schwach

Verzögert

Tröpfelt nach

Normal

12. Fragen zu Geburten

>> Wie oft waren Sie schwanger _____

>> Wie oft haben Sie geboren _____

Mehrlingsgeburt / über 4000g Geburtsgewicht _____

Kaiserschnitt

Vaginale Entbindung(en) _____

Mit Hilfe von Saugglocke, Zange

>> Besondere Länge der Geburt _____

Dammriss oder -schnitt

Geburtsbeschleunigende Maßnahmen z.B. Druck auf den Bauch, wehenfördernde Infusionen

13. Wie verläuft Ihr Zyklus?

- >> Ich habe meine Periode regelmäßig / unregelmäßig
 Ich habe keine Periode mehr (seit ca. _____)

14. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt?

15. Haben Sie andere Erkrankungen?

- Atemwegserkrankungen Diabetes
 Herzprobleme Krebs
 psychische Erkrankungen
 Sonstiges:

16. Nehmen Sie Medikamente?

- Nein
 Ja, nämlich

17. Fragen zur Darmfunktion:

Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Ich...

- ..entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl
 ..Konsistenz: flüssig weich geformt fest
 ..habe eine Darmerkrankung

- ..habe häufig Durchfall
 ..presse bei der Stuhlentleerung
 ..habe häufig Durchfall / Verstopfung
 ..kann Winde nicht sicher zurückhalten
 ..verliere Stuhl
 ..habe Hämorrhoiden

18. Fragen zur Sexualität:

Welche Angaben treffen auf Sie zu?

Ich...

- ..möchte nicht über meine Sexualität sprechen
 ..bin sexuell aktiv
 ..kann meine Sexualität zufriedenstellend leben
 ..kann keinen Orgasmus erreichen
 ..habe Schmerzen beim oder nach dem Sex
 ..kann vaginal keinen Penis / Finger / Toy aufnehmen
 ..habe Probleme feucht zu werden
 ..habe das Gefühl meine Vagina ist weit
 ..verliere Urin beim Sex

19. Bisherige Behandlungen

- Allgemeine Physiotherapie
 Spezielle Beckenbodentherapie
 Elektro- oder Biofeedbacktherapie
 Pessartherapie
 Andere:

20. Beschreibung der Lebensverhältnisse:

>> Berufliche Situation

- Langes Sitzen
 Stehen
 Schwere körperliche Arbeit
 Hohe Stressbelastung
 Andere:

>> Private Situation

- Körperliche Belastungen
 Seelische Belastungen
 Pflege von Angehörigen
 Sport:

>> Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- Nein Ja, und zwar bei

21. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Kein Problem 0.....10 ein großes Problem)

22. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Praxisstempel