

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 / Setzen
- 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 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