

# Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE  
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

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

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

Einige Tropfen      Spritzer      Größere Mengen

## 8. Benutzen Sie Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

Vorlagen: Größe      Tags      Nachts  
Inkontinenzhose: Größe      Tags      Nachts  
Kondomurinal      Tags      Nachts

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

## 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 mit Frage 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

## 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 Harn-  
verlust zu vermeiden.

... habe Schmerzen beim Wasserlassen.

... habe häufig Harnwegsinfektionen.

## 11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

Schwach      Verzögert

Tröpfelt nach      Normal

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

**13. Haben Sie andere Erkrankungen?**

Atemwegserkrankungen                      Diabetes  
Herzprobleme                                      Krebs  
psychische Erkrankungen  
Sonstiges:

**14. Nehmen Sie Medikamente?**

Nein  
Ja, nämlich

**15. 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 Verstopfung.  
... habe häufig Blähungen.  
... kann Winde nicht sicher zurückhalten.  
... verliere Stuhl.  
... habe Hämorrhoiden.

**16. Fragen zur Sexualität:  
Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

Ich...  
... möchte nicht über meine Sexualität sprechen.  
... bin sexuell aktiv.  
... kann meine Sexualität zufriedenstellend leben.  
... kann keine Erektion erreichen.  
... kann meine Erektion nicht zufriedenstellend halten.  
... kann keinen Orgasmus erreichen.  
... habe Schmerzen beim oder nach dem Sex.

**17. Bisherige Behandlungen**

Allgemeine Physiotherapie  
Spezielle Beckenbodentherapie  
Elektro- oder Biofeedbacktherapie  
Andere:

**18. Beschreibung der Lebensverhältnisse:**

**>> Berufliche Situation**

Langes Sitzen  
Stehen  
Schwere körperliche Arbeit  
Hohe Stressbelastung  
Andere:

**>> Private Situation**

Körperliche Belastungen  
Seelische Belastungen  
Pflege von Angehörigen  
Sport:

**19. Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden  
beeinträchtigt?**

Nein  
Ja, und zwar bei

**20. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen  
Symptomen?**

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

**21. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?**