

# 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 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

## 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 häufig 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 4.000 g 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 Aussagen 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:

\_\_\_\_\_

### 21. Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- Nein  
 Ja, und zwar bei

\_\_\_\_\_

### 22. 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)

### 23. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?

\_\_\_\_\_