

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?

☐ Slipseinlagen 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?
