



Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen (männlich)

Datum:

Name:

Adresse:

Beruf:

Geburtsdatum:

Überweisender Arzt:

Diagnose:

Alter: Gewicht: Größe:

Aktuelle Symptome:

1. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

- Ja
 Nein

2. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

- Beim Husten / Beim Niesen/ Beim Lachen
 Beim Treppensteigen
 Beim Sport/ Beim Hüpfen
 Beim Aufstehen zum Sitzen/ Liegen
 Im Liegen
 Andere Aktivitäten: _____
 Ohne jeden Anlass
 Bei Geräuschen von Wasser
 Bei Aufregung

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

- Einige Tropfen / Spritzer
 Größere Mengen

4. Nehmen Sie Medikamente?

- Nein
 Ja, welche? _____

5. Wie oft verlieren Sie Urin?

- Selten Häufig Täglich
 Dauernd Nachts

6. Wann sind die Inkontinenzbeschwerden aufgetreten?

- Plötzlich Allmählich
 Nach einer Operation Anderes: _____

7. Wie wird die Blasenfüllung wahrgenommen?

- Spüren Sie, wenn die Blase voll ist? Ja Nein
- Können Sie abschätzen, wie voll die Blase ist?
 Ja Nein
- Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer leeren Blase? Ja Nein
- Kommt es zu einem Nachtropfen nach der Blasenentleerung? Ja Nein

8. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

- Tröpfelnd Stotternd
 Dünner Strahl Normaler Strahl
 Gießkannenartig
 Anders: _____

9. Wie erleben Sie ihr Toilettenverhalten?

- Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn Sie Harndrang verspüren? Ja Nein
- Erreichen Sie trocken die Toilette? Ja Nein
 Manchmal Selten
- Gehen Sie vorsorglich zur Toilette? Ja Nein
- Reduzieren Sie die Trinkmenge, wenn Sie etwas vorhaben? Manchmal Ja Nein

10. Haben Sie einen allergischen Schnupfen, Husten?

- Nein
 Ja, welchen: _____

