



## Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen (weiblich)

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? (x = ja)

- 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. Seit wann haben Sie diese Inkontinenzbeschwerden?

- Plötzlich         Allmählich         nach der Geburt
- nach einer Operation         nach der Menopause

### 7. Leiden Sie unter? (x = ja)

- Probleme bei der Entleerung der Blase?
- Drücken Sie nach, um die Blase zu entleeren?  ja  nein
- Haben Sie das Gefühl, die Blase ist nach dem Wasserlassen nicht leer?
- Vermehrten Harndrang?
- Häufigen Toilettengängen?
- Erreichen Sie „trocken“ die Toilette?  ja  nein
- Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?
- Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn sie Harndrang verspüren?  ja  nein
- Gehen Sie vorsorglich zur Toilette?  ja  nein
- Reduzieren Sie die Trinkmenge, wenn Sie etwas vorhaben?
- Kennen Sie ein Schweregefühl nach unten?
- Kennen Sie Kreuzschmerzen? Blasen- oder Nierensteine?

### 8. Haben Sie einen allergischen Schnupfen, Husten?

- Nein
- Ja, welchen: \_\_\_\_\_

### 9. Haben sie andere Erkrankungen? (x = ja)

- Diabetes
- Herzprobleme
- Krebs
- Vorgeschichte als Bettnässer
- Blaseninfektionen
- Sonstige: \_\_\_\_\_



**10. Wie oft müssen Sie Wasser lassen?**

→ Tagsüber → Nachts

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Häufiger als eine Stunde | <input type="checkbox"/> 0 – 1 Mal |
| <input type="checkbox"/> Alle 2 Stunden           | <input type="checkbox"/> 2 mal     |
| <input type="checkbox"/> Alle 3 Stunden           | <input type="checkbox"/> 2 – 4 Mal |
| <input type="checkbox"/> Seltener                 | <input type="checkbox"/> Öfter     |

**11. Welche Getränke und wie viel nehmen Sie täglich zu sich?**

- |                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Kaffee:  | _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Alkohol: | _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Tee:     | _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Wasser:  | _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | _____ m  |

**12. Angaben zu Geburten**

- Wie viele Geburten: \_\_\_\_\_
- Mehrlingsgeburten
- Kinder über 4000 g Geburtsgewicht
- Kaiserschnitt

Vaginale Entbindungen

- Sauglockengeburt
  - Zangengeburt
  - Länge der Geburtsphase: \_\_\_\_\_
  - Dammriss oder –schnitt
  - Periduralanästhesie (Rückenmarksnarkose)
- Gebärposition: liegend  sitzend  stehend

**13. Sind Sie in der Menopause? (x = ja)**

Wenn ja:

- Hitzewallungen
- Unruhe
- Herzrasen
- Hormonpräparate, welche: \_\_\_\_\_
- Haben Sie noch ihre Periode?

**14. Anamnese chirurgischer Eingriffe? (x = ja)**

Bauchoperationen: wann?

- Gebärmutter
- Blase
- Scheide
- Darm
- Blinddarmoperationen
- Bruchoperationen
- Gallenoperation
- Bauchspiegelung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**15. Benutzen Sie tags oder nachts Hilfsmittel**

- Vorlagen: Größe \_\_\_\_  tags  nachts
- Inkontinenzhose: Größe \_\_  tags  nachts
- Katheter
  - Einmalkatheter: wie oft \_\_\_\_\_
  - Dauerkatheter

**16. Wie funktioniert Ihr Darm? (x = ja)**

- Regelmäßige Entleerung
- Unfreiwilliger Wind- und Stuhlabgang
- Blähungen
- Pressen bei Darmentleerung
- Obstipation (Verstopfung)
- Durchfall
- Rectocele (Aussackung des Darmes)
- Hämorrhoiden
- Darmerkrankungen
- Abführmittel
- Ballaststoffreiche Ernährung

**17. Fragen zur Sexualität: (x = ja)**

- Leben Sie in einer Partnerschaft?
- Sind Sie sexuell aktiv?
- Haben Sie Schmerzen beim Verkehr?
- Verspüren Sie eine trockene oder weite Scheide?
- Verspüren Sie eine enge Scheide nach Dammschnitt oder OP?
- Erreichen Sie einen Orgasmus?

**18. Bisherige Behandlungen?**

- Physiotherapie
- Beckenbodentherapie
- Elektro- oder Biofeedbacktherapie
- Pessartherapie
- Andere: \_\_\_\_\_

**19. Beschreibung der Lebensverhältnisse**

berufliche Situation:

- Langes Sitzen oder Stehen
- Arbeitsstress
- Schweres Heben

private Situationen:

- körperliche Belastungen
- seelische Belastungen
- Pflege von Angehörigen
- Hobbys

Wird Ihr Lebensstil durch die Beschwerden beeinträchtigt?

- Unternehmungen (Theater, Geselligkeit)
- Reisen
- Sport

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

---

---