

Physiotherapeutischer 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 ?

- Bei Husten
 Beim Niesen
 Beim Lachen
 Beim Hüpfen
 Beim Treppensteigen
 Beim Stolpern
 Beim Sport
 Beim Aufstehen zum Sitzen
 Beim Aufstehen zum Liegen
 Im Liegen
 Andere Aktivitäten: _____
 Bei anderen 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. Wie oft verlieren Sie Urin?

- Selten Häufig Täglich
 Dauernd Nachts

5. Seit wann haben Sie diese Inkontinenzbeschwerden?

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

6. Leiden Sie unter?

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

7. Haben Sie einen allergischen Schnupfen, Husten?

- Nein
 Ja, welchen: _____

8. Nehmen Sie Medikamente?

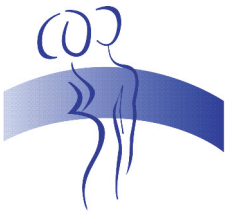
- Nein
 Ja, welchen: _____

9. Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

- | >> Tagsüber | >> Nachts |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Häufiger als jede 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 |

10. Welche Getränke und wieviel nehmen Sie täglich zu sich?

- Kaffee : _____ ml
 Alkohol: _____ ml
 Tee: _____ ml
 Wasser: _____ ml
 Anderes: _____ ml



11. Angaben zu Geburten

- Wieviele Geburten: _____
- Mehrlingsgeburten
- Kinder über 4000 g Geburtsgewicht
- Kaiserschnitt

>> Vaginale Entbindungen

- Saugglockengeburt
- Zangengeburt
- Länge der Geburtsphase: _____
- Dammriss oder -Schnitt
- Periduralanästhesie (Rückenmarksnarkose)

Gebärposition: liegend sitzend stehend

12. Sind Sie in der Menopause?

>> Wenn ja:

- Hitzewallungen
- Unruhe
- Herzrasen
- Hormonpräparate, welche: _____
- Haben Sie noch Ihre Periode?

13. Anamnese chirurgischer Eingriffe?

Bauchoperationen:

- Gebärmutter
- Blase
- Scheide
- Darm
- Blinddarmoperation
- Bruchoperation
- Gallenoperation
- Bauchspiegelung
- Sonstige: _____

14. Haben Sie andere Erkrankungen?

- Diabetes
- Herzprobleme
- Krebs
- Vorgeschichte als Bettnässer
- Blaseninfektionen
- Sonstige: _____

15. Benützen Sie tags oder nachts Hilfsmittel

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

16. Wie funktioniert Ihr Darm?

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

17. Fragen zur Sexualität

- 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 Situation:

- Körperliche Belastungen
- Seelische Belastungen
- Pflege von Angehörigen
- Hobbies

Wird Ihr Lebensstil durch die Beschwerden beeinträchtigt?

- Unternehmungen (Theater, Geselligkeit)
- Reisen
- Sport

20. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?