

# 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?

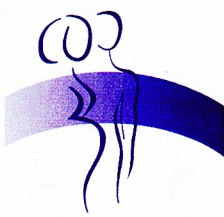
- Nein  
 Ja, welchen: \_\_\_\_\_

## 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

- Sauglockengeburt
- 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?