

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen.
Mehrfachnennungen möglich.

Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Überweisender Arzt: _____

Diagnose: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Aktuelle Symptome: _____

1. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

- Nein Ja
- Gelegentlich Häufig Ständig

2. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

- Bei Husten, Niesen, Lachen
- Beim Hüpfen
- Beim Treppensteigen
- Beim Stolpern
- Beim Sport
- Beim Lagewechsel
- Beim Aufstehen, Hinsetzen (Stuhl)
- Beim Aufsetzen, Hinlegen (Bett)
- Beim Anheben schwerer Gegenstände
- Im Liegen
- Ohne jeden Anlass
- Bei Wassergeräuschen
- Bei Aufregung
- Nachträpfeln nach Toilettengang
- Urinabgang ohne vorherigen Harndrang
- Andere Aktivitäten: _____

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

- Wenige Tropfen
- Spritzer
- Größere Mengen

4. Wie oft verlieren Sie Urin?

- Selten Häufig Ständig
- Tagsüber Nachts Tag und Nacht

5. Wann sind die Inkontinenzbeschwerden aufgetreten?

- Plötzlich Allmählich
- Nach einer Operation Anderes: _____

6. 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 Nachträpfeln nach der Blasenentleerung? Ja Nein

7. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

- Tröpfelnd Stotternd
- Dünner Strahl Normaler Strahl
- Gießkannenartig
- Anders: _____

8. Leiden Sie unter?

- Vermehrtem Harndrang?
- Häufigen Toilettengängen?
- Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?
- Problemen bei der Entleerung der Blase?
- Drücken Sie nach, um die Blase zu entleeren?
- Mit den Bauchmuskeln Mit der Hand
- Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, die Blase ist nicht leer?

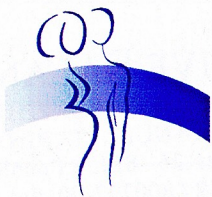
9. Wie erleben Sie Ihr Toilettverhalten?

- 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 oder ähnliches?

- Ja, nämlich: _____
- Nein

11: Welche Strategien haben Sie entwickelt, um ein Einnässen zu mildern oder zu verhindern?



12. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Welche / Wofür: _____

13. Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

- >> Tagsüber Häufiger als jede Stunde Jede Stunde Alle 2 Stunden Alle 3 Stunden Seltener
- >> Nachts 0 - 1 mal 2 mal 2 - 4 mal Öfter

14. Wie groß ist Ihre Trinkmenge in 24 Stunden?

- Bis ca. 1 Liter Ca. 1,5 Liter
 Ca. 1,5 -2 Liter Mehr als 2 Liter
 Ca. _____

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

- Wasser: _____ ml Kaffee, Schwarztee: _____ ml
 Alkohol: _____ ml Kräutertee: _____ ml
 Anderes: _____ ml

16. Hatten Sie Operationen? Ja Nein

- Prostataentfernung
 Per Bauchschnitt Durch die Harnröhre
 Per Dammschnitt Minimal invasiv
 Prostataverkleinerung durch die Harnröhre (TURP)
- Leistenbruchoperation
 Sonstige Operationen: _____

17. Haben Sie weitere Erkrankungen?

- Diabetes Schilddrüsenerkrankung
 Herzprobleme Krebserkrankung
 Multiple Sklerose Schlaganfall
 Parkinson Krampfadern
 Blaseninfektionen Blasen-/Nierensteine
 Vorgeschichte als Bettnässer
 Rückenbeschwerden Tragen Sie Schuheinlagen?
 Sonstiges: _____

18. Benützen Sie tags oder nachts Hilfsmittel?

- Vorlagen: Größe _____ Tags Nachts
 Inkontinenzhose: Größe _____ Tags Nachts
 Kondomurinal Tags Nachts
 Katheter
 Einmalkatheter: Wie oft _____
 Dauerkatheter

19. Wie funktioniert Ihr Darm, wie ist die Darmgesundheit?

- Regelmäßige Entleerung Mit Abführmittel
 Ballaststoffreiche Ernährung Blähungen
 Verstopfung Durchfall
 Unfreiwilliger Windabgang
 Unfreiwilliger Stuhlabgang
 Pressen bei Darmentleerung Hämorrhoiden
 Darmerkrankungen: Welche _____

20. Fragen zur Sexualität

- Ich lebe in einer Partnerschaft
Ich bin sexuell aktiv Ja Nein
 Es kommt zu Erektionen
 Eine Erektion kann gehalten werden
 Ich komme zu einem Orgasmus
 Ich habe Schmerzen beim Verkehr
 Anderes: _____

21. Bisherige Behandlungen

- Physiotherapie
 Gezielte Beckenbodentherapie Einzel In Gruppe
 Elektrostimulation
 Biofeedbacktherapie (Elektromyografie)
 Anderes: _____

22. Beschreibung der Lebensverhältnisse

- >> Berufliche Situation:
 Langes Sitzen oder Stehen
 Arbeitsstress Schweres Heben
- >> Private Situation:
 Körperliche Belastungen Seelische Belastungen
 Pflege von Angehörigen
 Hobbies: _____

23. Wird Ihr Lebensstil durch die Blase beeinträchtigt?

- Ich erlebe Einschränkungen Ja Nein
 Im Berufsleben Reisen
 Bei Unternehmungen (Kino, Geselligkeiten)
 Sport Anderes: _____

>> Wie sehr empfinden Sie das als Problem?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte entsprechende Zahl einkreisen.

(Kein Problem >> 0 | Großes Problem >> 10)

24. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?