Focus Fit Physio

SELBSTAUSKUNFT · WEIBLICH

Blasendysfunktion

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden vorab gut einzuordnen. Bitte füllen Sie ihn in Ruhe aus und bringen Sie ihn zu Ihrem nächsten Termin mit. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, lassen Sie sie einfach frei. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

○ eine Antwort ☐ mehrere Antworten möglich

Persönliche Angaben

Name _____

Datum _____

Aktuelle Beschwerden

01 Wie und wann ist Ihre Blasenfunktionsstörung aufgetreten?

○ Plötzlich, mögliches auslösendes Ereignis:

○ Allmählich, zunehmend seit: _____

02 Wie oft gehen Sie ungefähr zum Wasserlassen?

Tagsüber _____ mal Nachts _____ mal

03 Wie viel trinken Sie ungefähr am Tag?

Menge _____ Liter pro Tag

04 Verlieren Sie ungewollt Urin?

○ Ja

○ Nein, bitte weiter mit Frage 10

05 Wenn ja, in welchen Situationen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Husten, Niesen, Lachen

☐ Beim Sport, zum Beispiel: _____

☐ Beim Aufstehen oder Hinsetzen

☐ Nachts

☐ Bei Harndrang

☐ Ohne erkennbaren Anlass

☐ Anderes: _____

06 Wie oft verlieren Sie Urin?

○ Jeden Monat ○ Jede Woche

○ Jeden Tag ○ Ständig

07 Wie groß sind die Mengen, die ungewollt abgehen?

○ Einige Tropfen ○ Spritzer ○ Größere Mengen

08 Nutzen Sie Hilfsmittel wie Einlagen, um Urin aufzufangen?

○ Nein ○ Ja, tagsüber

○ Ja, nachts ○ Tag und Nacht

09 Gibt es Strategien, die Ihnen helfen, den Urinverlust zu verringern?

10 Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Mehrfachauswahl möglich

Ich ...

☐ ... spüre, wenn meine Blase voll ist.

☐ ... presse, um meine Blase zu entleeren.

☐ ... habe das Gefühl, dass sich meine Blase nicht vollständig entleert.

☐ ... habe häufig Harndrang.

☐ ... kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.

☐ ... erreiche die Toilette nicht immer trocken.

☐ ... gehe häufig vorsorglich zur Toilette.

☐ ... trinke weniger, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden.

☐ ... habe Schmerzen beim Wasserlassen.

☐ ... habe häufig Harnwegsinfektionen.

☐ ... habe einen Druck oder ein Schweregefühl im Becken.

☐ ... habe ein Fremdkörpergefühl in meiner Scheide.

☐ ... habe häufig Schmerzen im unteren Rücken.

11 Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beschreiben?

○ Normal ○ Schwach

○ Verzögert ○ Tröpfelt nach

12 Schwangerschaften und Geburten

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

- ☐ Vaginale Entbindung
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ Geburt mit Saugglocke oder Zange
- ☐ Mehrlingsgeburt oder Geburtsgewicht über 4.000 g
- ☐ Besonders lange Geburt
- ☐ Dammriss oder Dammschnitt
- ☐ Geburtsbeschleunigende Maßnahmen, zum Beispiel Druck auf den Bauch oder wehenfördernde Infusionen

13 Wie verläuft Ihr Zyklus?

- ◯ Regelmäßig
- ◯ Unregelmäßig
- ◯ Keine Periode mehr, seit ca.: _____

14 Wurden Sie im Bauch- oder Beckenbereich operiert?

Bitte Art und Jahr angeben

15 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ◯ Nein
- ◯ Ja, und zwar: _____

16 Darmfunktion: Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Mehrfachauswahl möglich

Ich ...

- ☐ ... habe alle 1 bis 3 Tage Stuhlgang.
- ☐ ... habe eine Darmerkrankung.
- ☐ ... habe häufig Durchfall.
- ☐ ... habe häufig Verstopfung.
- ☐ ... presse beim Stuhlgang.
- ☐ ... kann Winde nicht sicher zurückhalten.
- ☐ ... verliere ungewollt Stuhl.
- ☐ ... habe Hämorrhoiden.

Mein Stuhl ist meist:

◯ flüssig ◯ weich ◯ geformt ◯ fest

17 Welche Behandlungen hatten Sie bisher?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Allgemeine Physiotherapie
- ☐ Spezielle Beckenbodentherapie
- ☐ Elektro- oder Biofeedbacktherapie
- ☐ Pessartherapie
- ☐ Andere: _____

18 Schränken Ihre Beschwerden Sie im Alltag ein?

- ◯ Nein
- ◯ Ja, und zwar bei: _____

19 Wie sehr belasten Sie Ihre Beschwerden?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = gar nicht 10 = sehr stark

20 Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?