



Anamnesebogen - Beckenfunktionsstörungen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Fragen zur Blasenfunktion

Leiden Sie unter unfreiwilligen *Harnabgang*: ja nein

Wenn ja, wobei? Husten, Niesen, Lachen, schweres Heben
 Gehen, Aufstehen
 unabhängig von Belastung / Position
 anderes _____

wie oft? permanent
 täglich
 wöchentlich
 monatlich

Wie viel? einige Tropfen
 Spritzer
 größere Mengen

Verspüren Sie einen vermehrten *Harndrang*? ja nein

Wenn ja, verlieren Sie dann auch Urin? ja nein

Gibt es für Sie typische Situationen in denen der Drang ja nein

entsteht (Tür aufschließen, Toilettendeckel anheben, etc)?

Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie *Hilfsmittel* (wie Vorlagen, Inkontinenzhosen, etc)?

Wenn ja, welche? _____

wie viele am Tag? _____

Wie oft gehen Sie am Tag ungefähr zur *Toilette* (Urin) _____

Wie viel Liter *trinken* Sie am Tag? _____ / Tag

Was trinken Sie? _____

Müssen Sie *nachts* auf Toilette? ja nein

Wenn ja, wie häufig _____

Hatten Sie schon einmal nachts unfreiwillig Harnverlust? ja nein

Haben Sie häufig Harnwegsinfekte? ja nein

Wie stark stört Sie das Blasenproblem von einer Skala 0-3?

0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark

Fragen zur Darmfunktion

- Haben Sie unfreiwilligen Stuhlabgang? ja nein
- Haben Sie unfreiwilligen Windabgang (Pupsen)? ja nein
- Wie oft gehen Sie am Tag zur Toilette (Stuhlgang)? _____ / Tag
- Müssen Sie bei der Entleerung pressen? ja nein
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein
- Neigen Sie zu Verstopfung? ja nein
- Neigen Sie zu Durchfall? ja nein
- Wie würden Sie Ihre Stuhlkonsistenz beschreiben?
- weich sehr hart geformt dünn/ breiig variabel
- Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Wie sehr stört das Darmproblem von einer Skala 0-3?
- 0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark

Fragen zu Geburten und Schwangerschaften:

- Sind Sie schwanger? ja nein
- Haben Sie Kinder bekommen? ja nein
- Wenn ja, wie viele? _____
- | Geburtsjahr des Kindes: | Größe und Gewicht des Kindes: |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

- Wie haben Sie entbunden?
- vaginal Kaiserschnitt/ Sectio Saugglocke/ Zange
- Länge/ Verlauf/ Besonderheiten der Geburt:
- _____
- _____
- _____
- _____

Haben Sie eine Periduralanästhesie/PDA bekommen? ja nein

Haben Sie Geburtsverletzungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Rückbildungsgymnastik gemacht? ja nein

Haben Sie noch eine bestehende Rektusdiastase? ja nein

Fragen zum Vaginalgefühl:

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? ja nein

Haben Sie ein Druckgefühl in der Scheide? ja nein

Haben Sie ein Druckgefühl am Beckenboden? ja nein

Sind Sie sexuell aktiv? ja nein

Wenn ja, haben Sie Beschwerden dabei? ja nein

Wenn ja, welche? Schmerzen mangelnde Feuchtigkeit
 andere: _____

Wie ist ihr Vaginalgefühl? normal zu eng zu weit

Wie ist ihr Zyklus? regelmäßig _____ Tage-Zyklus
 unregelmäßig _____

Sind Sie in den Wechseljahre? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____
haben Sie Beschwerden? _____

Was sind Ihre Erwartungen an die Behandlung und was sind Ihre Ziele?
