



Anamnesebogen – Beckenfunktionsstörungen

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse : _____

Versichert: ☐ Privat ☐ Gesetzlich

bei _____

Aktuelle Beschwerden / Grund der Vorstellung

Vorerkrankungen

Medikamente

Operationen

Aktuelle berufliche Tätigkeit

Aktuelle Hobbys oder Freizeitaktivitäten (die Sie auch gerne wieder ausüben wollen)

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, und zwar: _____

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 entsteht
(Tür aufschließen, Toilettendeckel anheben, etc)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie Hilfsmittel (wie Vorlagen, Inkontinenzhosen, etc)? ☐ ja ☐ nein

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

Wie ist Ihr Gefühl beim Wasserlassen?

☐ normal ☐ schmerzhaft ☐ unvollständig (Restharngefühl) ☐ mit Pressen verbunden

Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beschreiben?

☐ normal ☐ verzögert ☐ schwach ☐ tröpfelt nach

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/Seccio ☐ 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
☐ weiß ich nicht

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, und zwar:

Wie ist ihr Vaginalgefühl? ☐ normal ☐ zu eng ☐ zu weit

Wie ist ihr Zyklus? ☐ regelmäßig

 Tage-Zyklus
☐ unregelmäßig

Sind Sie in den Wechseljahren? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

haben Sie Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

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