

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasen- funktionsstörungen

Name: Datum:

Versicherungsnummer: Geburtsdatum:

Allgemeine Beschreibung des Problems:

Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang:

- Nein
- Ja
 - Selten (<1/Monat)
 - Manchmal (<1/Woche)
 - Häufig (1/Tag bis mehrmals wöchentlich)
 - Ständig (mehrmals täglich)

Leiden Sie unter unfreiwilligem Stuhlabgang:

- Nein ⇒ Seite 1 - 6 ist ausreichend
- Ja ⇒ Bitte im Anschluss den „Zusatz physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Defäkationsstörung“ ausfüllen! Seite 7 - 8

Blasenfunktionsstörungen:

Wann:

Harnverlust:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> im Liegen |
| <input type="checkbox"/> Niesen | <input type="checkbox"/> bei Geräuschen von Wasser |
| <input type="checkbox"/> Lachen | <input type="checkbox"/> bei Aufregung |
| <input type="checkbox"/> Hüpfen | <input type="checkbox"/> ohne jeden Anlass |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Nachtröpfeln nach Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Stolpern | <input type="checkbox"/> Urinabgang ohne vorherigen Harndrang |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Lagewechsel | |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen - Hinsetzen | |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen - Hinlegen | |

Wie:

Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen (Harn)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> einige Tropfen | <input type="checkbox"/> größere Mengen |
| <input type="checkbox"/> Spritzer | <input type="checkbox"/> |

Wie oft verlieren Sie Urin?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Tagsüber |
| <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Nachts |
| <input type="checkbox"/> Ständig | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Wann sind die Beschwerden aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> plötzlicher Beginn | <input type="checkbox"/> nach einer Operation |
| <input type="checkbox"/> allmählicher Beginn | <input type="checkbox"/> nach der Menopause (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> nach der Geburt (Frauen) | |

Wie wird die Blasenfüllung wahrgenommen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spüren Sie, wenn die Blase voll ist? | <input type="checkbox"/> Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer leeren Blase? |
| <input type="checkbox"/> Können Sie abschätzen, wie voll die Blase ist? | <input type="checkbox"/> Kommt es zu einem Nachtröpfeln nach der Blasenentleerung? |

Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen? (Männer)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Normaler Strahl |
| <input type="checkbox"/> anders |
| <input type="checkbox"/> Tröpfelnd |
| <input type="checkbox"/> Stotternd |
| <input type="checkbox"/> Dünner Strahl |
| <input type="checkbox"/> Geißkannenartig |

Leiden Sie unter?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Vermehrtem Harndrang? |
| <input type="checkbox"/> Häufigen Toilettengängen? |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen? |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Entleerung der Blase? |
| <input type="checkbox"/> Drücken Sie nach, um die Blase zu entleeren? |
| <input type="checkbox"/> Mit den Bauchmuskeln |
| <input type="checkbox"/> Mit der Hand |
| <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, die Blase ist nicht leer? |
| <input type="checkbox"/> Einem Schweregefühl nach unten? (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen? |
| <input type="checkbox"/> Blasen- oder Nierensteine? |

Wie erleben Sie Ihr Toilettverhalten (Harn)?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn Sie Harndrang verspüren? |
| <input type="checkbox"/> Erreichen Sie trocken die Toilette? |
| <input type="checkbox"/> Manchmal |
| <input type="checkbox"/> Selten |
| <input type="checkbox"/> Gehen Sie vorsorglich zur Toilette? |
| <input type="checkbox"/> Reduzieren Sie die Trinkmenge, wenn Sie etwas vorhaben? |
| <input type="checkbox"/> Manchmal |

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

-
-
-
-
-
-

Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

Tagsüber:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufiger als jede Stunde | <input type="checkbox"/> alle 3 Stunden |
| <input type="checkbox"/> jede Stunde | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> alle 2 Stunden | <input type="checkbox"/> |

Nachts:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-1 mal | <input type="checkbox"/> öfter |
| <input type="checkbox"/> 2 mal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2-4 mal | |

Welche Getränke und wieviel nehmen Sie täglich zu sich? in ml

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesamt..... | <input type="checkbox"/> Kräutertee..... |
| <input type="checkbox"/> Wasser..... | <input type="checkbox"/> Alkohol..... |
| <input type="checkbox"/> Kaffee..... | <input type="checkbox"/> Anderes: |
| <input type="checkbox"/> Schwarz-/Grüntee..... | |

Schwangerschaften/Geburten: (Frauen)

- Wie viele Geburten:.....
- Wann?.....
- Kaiserschnitt:.....
- Mehrlingsgeburten:.....
- Kinder über 4000 g Geburtsgewicht:.....
- Vaginale Entbindungen:
 - Saugglockengeburt:.....
 - Zangengeburt:.....
 - Länge der Geburtsphase:.....
 - Dammriss oder -schnitt:.....
 - Periduralanästhesie (Rückenmarksnarkose):.....
 - Gebärposition:.....

Menopause: (Frauen)

Wenn ja:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Hormonpräparate welche |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Haben Sie noch Ihre Periode |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> |

Operationen/Unfälle/andere Erkrankungen:

Bauchoperationen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter (Frauen) | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Scheide (Frauen) | <input type="checkbox"/> Darm |
| <input type="checkbox"/> Prostataentfernung (Männer) | <input type="checkbox"/> Blinddarm |
| <input type="checkbox"/> Bauchschnitt | <input type="checkbox"/> Bruch |
| <input type="checkbox"/> Dammschnitt | <input type="checkbox"/> Galle |
| <input type="checkbox"/> durch die Harnröhre | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung |
| <input type="checkbox"/> Minimal invasiv | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prostata verkleinerung durch die Harnröhre (TURP) | |

andere Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Darmvorfall |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Thrombose am After |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankungen (Männer) |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenschädigung (Wirbelsäulen/Beckenbereich) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung/Tumore | <input type="checkbox"/> Tragen Sie Schuheinlagen? |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Belastende Sauberkeitserziehung |
| <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierensteine | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> Vorgeschichte als Bettnässer | |
| <input type="checkbox"/> Blaseninfektionen | |
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankungen | |

Benützen Sie Hilfsmittel?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzvorlagen:
Größe Tags:.....
Größe Nachts:..... | <input type="checkbox"/> Katheter:
Einmalkatheter wie oft:.....
Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzhose:
Größe Tags:.....
Größe Nachts:..... | <input type="checkbox"/> Kondomurinal:
Tags:.....
Nachts:..... |
| <input type="checkbox"/> Unterwäsche zum Wechseln | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Wie funktioniert Ihr Darm?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Entleerung | <input type="checkbox"/> Pressen bei Darmentleerung |
| <input type="checkbox"/> geformter Stuhl | <input type="checkbox"/> Abführmittel |
| <input type="checkbox"/> Ballaststoffreiche Ernährung | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> unfreiwilliger Windabgang | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> unfreiwilliger Stuhlabgang | <input type="checkbox"/> Rectocele |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankung - welche? | |

Sexualität: (Frauen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie sexuell aktiv? | <input type="checkbox"/> Können Sie einen Orgasmus bekommen? |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Verkehr | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> trockene oder weite Scheide | |
| <input type="checkbox"/> enge Scheide nach Dammschnitt oder OP | |

Sexualität: (Männer)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie sexuell aktiv? | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Verkehr |
| <input type="checkbox"/> Es kommt zu Erektion | <input type="checkbox"/> Können Sie einen Orgasmus bekommen? |
| <input type="checkbox"/> Eine Erektion kann gehalten werden | <input type="checkbox"/> |

Bisherige Behandlungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Elektrostimulation |
| <input type="checkbox"/> gezielte Beckenbodentherapie | <input type="checkbox"/> Biofeedbacktherapie (Elektromyografie) |
| <input type="checkbox"/> Einzel | <input type="checkbox"/> Pessartherapie (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> in der Gruppe | <input type="checkbox"/> anderes: |

Lebensverhältnisse

Berufliche Situation:

- Welchen Beruf üben sie aus?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> langes Sitzen oder Stehen | <input type="checkbox"/> schweres Heben |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsstress | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Private Situation:

- Welchen Sport/Hobbies üben Sie aus?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> körperliche Belastungen | <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastungen | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Wird Ihr Lebensstil durch die Beschwerden beeinträchtigt?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich erlebe Einschränkungen | |
| <input type="checkbox"/> im Berufsleben | <input type="checkbox"/> Reisen |
| <input type="checkbox"/> Unternehmungen (Theater, Geselligkeit) | <input type="checkbox"/> Sport |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Nehmen Sie Medikamente?

Welche?

Wofür?

- | | |
|---------|-------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

Wann waren Sie zur letzten gynäkologischen/urologischen Untersuchung?

Welche ärztlichen oder physiotherapeutische Behandlungen hatten Sie bisher?

- Sind Sie wegen der o.g. Symptome in ärztlicher Behandlung?
- Sind Sie wegen der o.g. Symptome schon mal in physiotherapeutischer Behandlung gewesen?
- Kennen sie Beckenbodenübungen, sonstige Behandlungen?

Was hat Ihnen am Besten geholfen?

Wie schlimm empfinden Sie das als Problem?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Was Sie mir noch sagen möchten:

Zusatz physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Defäkationsstörung

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mehr als 2x täglich | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> 1 - 2 mal täglich | <input type="checkbox"/> Unregelmäßig und sehr wechselnd |
| <input type="checkbox"/> 2x pro Woche | <input type="checkbox"/> Nachts? |
| <input type="checkbox"/> 1x pro Woche | |

Konsistenz des Stuhles?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> Tritt Stuhlschmierung nach der Entleerung auf? |
| <input type="checkbox"/> flüssig | <input type="checkbox"/> Dauer der Entleerung länger als 5 Minuten? |
| <input type="checkbox"/> geformt | |
| <input type="checkbox"/> hart | |
| <input type="checkbox"/> Pressen Sie bei der Stuhlentleerung? | |

Benötigen Sie Hilfsmittel?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzvorlagen | <input type="checkbox"/> Unterwäsche zum Wechseln |
| <input type="checkbox"/> Analtampons | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Entleerung |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzhose | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Inkontinenzepisoden	Häufigkeit				
	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	immer 4
fest					
flüssig					
Luft					
Vorlagennutzung					
Beeinflussung der Lebensgewohnheiten					

nie = nie • selten = <1/Monat, manchmal = <1/Woche • häufig = 1/Tag bis >Woche • immer > 1/Tag manchmal

Punkte insgesamt : 0 = völlig kontinent bis 20 = vollständig inkontinent

Welche Strategien haben Sie entwickelt, um den Abgang von Stuhl oder Wind zu verhindern?

-
-
-
-
-
-
-
-

Beobachten Sie bei sich oder leiden Sie unter:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrhoe (Durchfall) | <input type="checkbox"/> Vermehrter Stuhldrang (ohne Entleerung) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Unvollständige Entleerung |
| <input type="checkbox"/> Häufige Toilettengänge für die Darmentleerung | <input type="checkbox"/> Juckreiz am After |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> Nässen am After |
| <input type="checkbox"/> Urinverlust | <input type="checkbox"/> Analfissur |
| <input type="checkbox"/> Obstipation (Verstopfung) | <input type="checkbox"/> Abszesse am After |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Darmentleerung | <input type="checkbox"/> Pilzerkrankung/ Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| | <input type="checkbox"/> Chronischer Husten oder Nießen |

Wie ist Ihr Essverhalten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ballaststoffreich | <input type="checkbox"/> Laktosefrei |
| <input type="checkbox"/> Ballaststoffarm | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Vegetarisch | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht genau |
| <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Beachte ich nicht weiter |

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Coloskopie | <input type="checkbox"/> Defäkographie |
| <input type="checkbox"/> Rectoskopie | <input type="checkbox"/> Elektromyographie |

Welche ärztlichen oder physiotherapeutische Behandlungen hatten Sie bisher?

- Sind Sie wegen der o.g. Symptome in ärztlicher Behandlung?
- Sind Sie wegen der o.g. Symptome schon mal in physiotherapeutischer Behandlung gewesen?
- Kennen sie Beckenbodenübungen, sonstige Behandlungen?

Was hat Ihnen am Besten geholfen?

Haben Sie Vorerkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernung |
| <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Urologische Operationen |
| <input type="checkbox"/> Darmvorfall | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose am After | <input type="checkbox"/> Proktologische Operationen |
| <input type="checkbox"/> Nervenschädigung (Wirbelsäulen/Beckenbereich) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Operationen |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Operationen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Korrigierende Beckenbodenoperationen | <input type="checkbox"/> Vorgeschichte in der Kindheit |
| | <input type="checkbox"/> Belastende Sauberkeitserziehung |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |