

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen

Blasenfunktion

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen.
Mehrfachnennungen möglich.



ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE
UROLOGIE | PROKTologie

Datum:	
Name:	
Alter:	
Beruf:	
Diagnose:	
Überweisender Arzt:	
Aktuelle Symptome:	

1. Wie und wann ist Ihre Blasenfunktionsstörung aufgetreten?

Plötzlich, evtl. auslösendes Ereignis

Allmählich zunehmend seit _____

2. Wie oft urinieren Sie ungefähr?

>> Tagsüber _____ >> Nachts _____

3. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie ungefähr täglich zu sich? _____

4. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

Nein (bitte weiter bei 10.) Ja

5. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

Husten, Niesen, Lachen

Sport wie: _____

Bei Veränderungen der Körperposition, wie Aufstehen / Setzen

Nachts

Bei Harndrang

Ohne jeden Anlass

Anderes: _____

6. Wie oft verlieren Sie Urin?

Jeden Monat Jede Woche
 Jeden Tag Permanent

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

Einige Tropfen Spritzer Größere Mengen

8. Benutzen Sie Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

Vorlagen: Größe _____ Tags Nachts

Inkontinenzhose: Größe _____ Tags Nachts

Kondomurinal Tags Nachts

9. Gibt es Strategien, die Ihnen helfen den Urinverlust zu reduzieren?

10. Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Ich...

...spüre, wenn meine Blase voll ist.

...presse, um meine Blase zu entleeren.

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

...habe häufigen Harndrang.

...kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.

...erreiche die Toilette nicht immer trocken.

...gehe häufig vorsorglich zur Toilette.

...reduziere die Trinkmenge, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden.

... habe Schmerzen beim Wasserlassen.

...habe häufige Harnwegsinfektionen.

11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

Schwach Verzögert

Tröpfelt nach Normal

12. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt?

13. Haben Sie andere Erkrankungen?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
-

14. Nehmen Sie Medikamente?

- Nein
 - Ja, nämlich
-

15. Fragen zur Darmfunktion:

Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Ich...

- ..entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl.
 - ..Konsistenz: flüssig weich geformt fest
 - ..habe eine Darmerkrankung.
-

- ..habe häufig Durchfall.
- ..presse bei der Stuhlentleerung.
- ..habe häufig Verstopfung.
- ..habe häufig Blähungen.
- ..kann Winde nicht sicher zurückhalten.
- ..verliere Stuhl.
- ..habe Hämorrhoiden.

16. Fragen zur Sexualität:

Welche Angaben treffen auf Sie zu?

Ich...

- ..möchte nicht über meine Sexualität sprechen.
- ..bin sexuell aktiv.
- ..kann meine Sexualität zufriedenstellend leben.
- ..kann keine Erektion erreichen.
- ..kann meine Erektion nicht zufriedenstellend halten.
- ..kann keinen Orgasmus erreichen.
- ..habe Schmerzen beim oder nach dem Sex.

17. Beschreibung der Lebensverhältnisse:

>> Berufliche Situation

- Langes Sitzen
 - Stehen
 - Schwere körperliche Arbeit
 - Hohe Stressbelastung
 - Andere:
-

>> Private Situation

- Körperlische Belastungen
 - Seelische Belastungen
 - Pflege von Angehörigen
 - Sport:
-

>> Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- Nein
 - Ja, und zwar bei
-

18. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kein Problem 0.....10 ein großes Problem)

19. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?
