

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen Blasenfunktion

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen.
Mehrfachnennungen möglich.



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?

- ☐ Atemwegserkrankungen ☐ Diabetes
☐ Herzprobleme ☐ Krebs
☐ psychische Erkrankungen
☐ 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

- ☐ Körperliche 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?