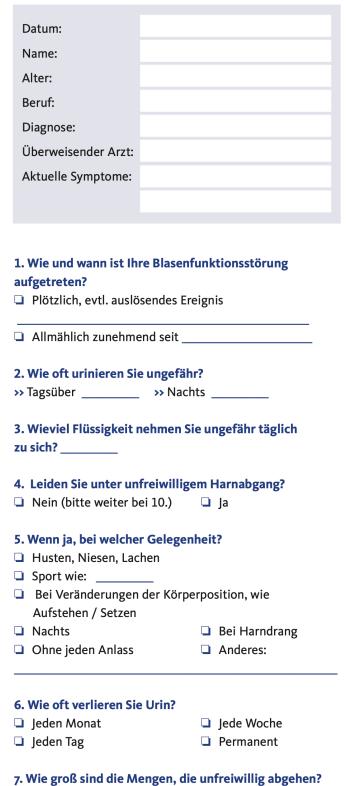
Physiotherapeutischer Diagnostikbogen Blasenfunktion

(weiblich)

Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.







	rlagen: Größe kontinenzhose: Größe _		_	□ Nachts□ Nachts	
9. Gib	ot es Strategien, die Ihr	en helfe	n de	en Urinverlust	
zu re	duzieren?				
		6 11 6 1			
Ich	elche Aussagen treffer	i fur Sie	zu?		
□ s	püre, wenn meine Blase	voll ist.			
	resse, um meine Blase z		ren.		
💷h	abe das Gefühl, meine I	Blase ent	leer	t sich nicht vollständ	
💷h	abe häufigen Harndran	g.			
□k	ann meinen Harndrang	nicht gu	t auf	schieben.	
🖵е	rreiche die Toilette nich	t immer	troc	ken.	
_	ehe häufig vorsorglich z				
	eduziere die Trinkmenge	e, um Ha	rndr	ang oder Harnverlus	
_	u vermeiden.	_			
	abe Schmerzen beim W				
	abe häufige Harnwegsir			l:	
	abe einen Druck / ein S				
	abe ein Fremdkörpergef abe häufig Schmerzen i			_	
-	abe naung schinerzen n	iii uiitere	:11 K	icken.	
11. V	/ie würden Sie Ihren Ha	arnstrah	l beı	ırteilen?	
☐ Sc	hwach		Ver	zögert	
☐ Tr	öpfelt nach		No	rmal	
12. Fr	agen zu Geburten				
>> W	ie oft waren Sie schwan	ger			
>> W	ie oft haben Sie geborer	າ			
☐ Mehrlingsgeburt / über 4000g Geburtsgewicht					
☐ Ka	iserschnitt				
Va	ginale Entbindung(en)		_		
	lit Hilfe von Saugglocke	•			
	sondere Länge der Geb	urt		_	
	mmriss oder –schnitt				
	eburtsbeschleunigende				
de	n Bauch, wehenfördernd	te Infusio	onen		

☐ Einige Tropfen ☐ Spritzer ☐ Größere Mengen



 13. Wie verläuft Ihr Zyklus? → Ich habe meine Periode □ regelmäßig / □ unregelmäßig □ Ich habe keine Periode mehr (seit ca) 14. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt? 	 19. Bisherige Behandlungen Allgemeine Physiotherapie Spezielle Beckenbodentherapie Elektro- oder Biofeedbacktherapie Pessartherapie Andere: 			
15. Haben Sie andere Erkrankungen? □ Atemwegserkrankungen □ Diabetes □ Herzprobleme □ Krebs □ psychische Erkrankungen □ Sonstiges:	 20. Beschreibung der Lebensverhältnisse: >> Berufliche Situation Langes Sitzen Stehen Schwere körperliche Arbeit Hohe Stressbelastung Andere: 			
16. Nehmen Sie Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja, nämlich ☐ 17. Fragen zur Darmfunktion: Welche Aussagen treffen auf Sie zu?	 → Private Situation □ Körperliche Belastungen □ Seelische Belastungen □ Pflege von Angehörigen □ Sport: 			
Ich □entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl. □Konsistenz: flüssig □ weich □ geformt □ fest □ □habe eine Darmerkrankung.	 >> Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? □ Ja, und zwar bei 			
 habe häufig Durchfall. presse bei der Stuhlentleerung. habe häufig Durchfall / Verstopfung. kann Winde nicht sicher zurückhalten. verliere Stuhl. habe Hämorrhoiden. 	21. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Kein Problem 010 ein großes Problem)			
18. 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 keinen Orgasmus erreichen. □habe Schmerzen beim oder nach dem Sex. □kann vaginal keinen Penis / Finger / Toy aufnehmen. □habe Probleme feucht zu werden. □habe das Gefühl meine Vagina ist weit.	22. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?			