

Patientinnen-Fragebogen Anamnese



Patientinnenaufkleber

Sehr geehrte Patientin,

um Sie bestmöglich behandeln und betreuen zu können, möchten wir Ihnen vorab ein paar Fragen stellen. Ihre Antworten helfen uns, den für Sie bestmöglichen Therapieansatz auszuwählen.

Ihre Angaben sind selbstverständlich absolut freiwillig.

Dieser Anamnesebogen gehört zu Ihrer Krankenakte und wird mit gleicher Sorgfalt vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig, da uns die Informationen bei Ihrer Betreuung helfen. Beim Ausfüllen ist die erste Idee oft die richtige. Es gibt keine falsche Antwort. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können, gehen Sie einfach zur nächsten Frage über. Bei Unklarheiten sprechen Sie uns bitte an.

Sofern Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie diese offen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Beckenboden –Team

A Allgemeine Angaben

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Ihr Alter

_____ Jahre

Ihre Größe

_____ cm

Ihr Gewicht

_____ kg

A1

Nein

Ja

Haben Sie **Kinder geboren**?

☐
☐

Wenn ja, wie viele Kinder?

_____ Anzahl Kind(er)

davon per Kaiserschnitt:

_____ Anzahl Kaiserschnitte

A2

Nein

Ja

War mindestens ein **Kind besonders schwer** oder groß
(Gewicht über 4000 g)?

☐
☐

A3 Haben Sie noch Ihre **Regelblutung**?

☐

Ja, regelmäßig, zuletzt am: _____

☐

Ja, unregelmäßig, zuletzt am: _____

☐

Nein, seit dem _____ Lebensjahr nicht mehr.

☐

Nein, seit der Gebärmutterentfernung im Jahr _____ nicht mehr.

A4

Nein

Ja

Haben Sie **derzeit Wechseljahresbeschwerden** (z.B. Hitze, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Gelenkbeschwerden etc.)?

☐
☐

A5 Wie viel **Flüssigkeit trinken** Sie **normalerweise** am **Tag** im **Durchschnitt**?

Ich trinke im Durchschnitt _____ Liter am Tag

A6		Nein	Ja
Rauchen Sie?		☐	☐
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?			
Weniger als 15 Zigaretten pro Tag	☐	Mehr als 15 Zigaretten pro Tag	☐
A7 Haben Sie allgemeine Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Herzschwäche, erhöhter Blutdruck) oder Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Bandscheibe)?			
Nein	☐		
Ja	☐ → Welche Vorerkrankungen?:		
A8		Nein	Ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		☐	☐
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
Medikamente zur Blutverdünnung	☐	Blutdruckmedikamente	☐
Antidiabetika	☐	Schmerzmittel	☐
Schilddrüsenhormone	☐	Psychopharmaka	☐
Diuretika (harntreibende Medikamente)	☐	Andere, und zwar:	☐
A9 Nehmen Sie Hormone ein?			
Nein	☐	Ja, als Tablette oder Spritze	☐
Ja, als Pflaster oder Gel	☐	Ja, als Vaginalcreme oder Vaginalzäpfchen	☐
Ja, etwas anderes	☐	Name des Präparates:	

A10 Wie oft haben Sie...	Täglich/ Regelmäßig	Häufig	Selten	Nie
...Brennen beim Wasserlassen?	☐	☐	☐	☐
...Brennen nach dem Wasserlassen?	☐	☐	☐	☐
....Schmerzen in der Blasenregion?	☐	☐	☐	☐
...blutigen Urin?	☐	☐	☐	☐

A11 Wie oft haben Sie...	Regelmäßig	Häufig	Selten	Nie
...eine Blasen- / Harnwegsinfektion?	☐	☐	☐	☐
...Nierenentzündung?	☐	☐	☐	☐
....eine Erkrankung der Harnwege (z.B. Steine, Missbildungen, Tumore)?	☐	☐	☐	☐

B Blasenfunktion

B1	Nein	Ja
Haben Sie Probleme mit der Blase , z. B. häufiges Wasserlassen oder ungewollten Urinverlust?	☐	☐

➔ Wenn Sie **keine Probleme** mit der **Blase** haben, dann machen Sie bitte mit **Frage C1 (Darmfunktion)** weiter

B2 Wie oft müssen Sie normalerweise am Tag zum Wasserlassen die Toilette aufsuchen?		
Bis 5 mal am Tag	Zwischen 5 und 10 mal am Tag	Mehr als 11 mal am Tag
☐	☐	☐

B3 Wie oft müssen Sie normalerweise in der Nacht zur Toilette?		
Gar nicht	1- bis 2 mal	3 mal und öfter
☐	☐	☐

B4 Wie ist normalerweise die Stärke Ihres Harnstrahls?				
Schwach	Mittelstark	Stark		
☐	☐	☐		

B5	Nein	Ja	Weiß ich nicht
Können Sie Ihren Harnstrahl willkürlich unterbrechen oder anhalten ?	☐	☐	☐

B6 Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen leer ist?				
Immer	Oft / häufig	Manchmal	Selten	Nie
☐	☐	☐	☐	☐

B7 Kommt es regelmäßig vor, dass Sie beim Wasserlassen...	Nein	Ja	Weiß ich nicht
...lange sitzen müssen?	☐	☐	☐
...mit dem Finger nachhelfen müssen?	☐	☐	☐
...stark pressen müssen?	☐	☐	☐

B8 Wie schnell müssen Sie bei normal einsetzendem Harndrang die Toilette aufsuchen?			
Muss sofort zur Toilette gehen und verliere meist auf dem Weg Urin	Muss sofort zur Toilette gehen, ohne auf dem Weg Urin zu verlieren	Muss in der nächsten Viertelstunde gehen	Kann noch warten
☐	☐	☐	☐

B9 Wie häufig kommt es vor, dass Sie einen plötzlich einsetzenden Harndrang haben, der nicht unterdrückbar oder einzuhalten ist?			
Täglich	1x pro Woche oder mehrmals pro Woche	Selten	Nie
☐	☐	☐	☐

B10 Kommt es vor, dass Sie ungewollt Urin verlieren?			
Ja, mehrmals täglich	Ja, 1- bis 2 mal täglich	Ja, selten (nicht täglich)	Nie
☐	☐	☐	☐

➔ Wenn Sie nie ungewollt Urin verlieren, dann machen Sie bitte mit Frage B16 weiter

B11 Wie groß sind die Urinmengen, die Sie ungewollt verlieren?

Große Mengen	Mittelgroße Mengen / Spritzer	Einige wenige Tropfen / kleine Mengen
☐	☐	☐

B12 Wann kommt es zum ungewollten Urinverlust?

Beim Husten, Niesen, Lachen	☐	Bei stärkeren Belastungen wie Heben, Springen	☐
Bei leichteren Belastungen wie Gehen, Laufen, Treppensteigen	☐	Beim Wechsel vom Liegen zum Stehen / Beim Wechsel vom Stehen zum Liegen	☐
Im Liegen / beim Schlafen	☐	Im Stehen (ohne Belastung)	☐
Bei Aufregung	☐	Bei sexuellen Aktivitäten	☐
Ohne erkennbare Ursache	☐	In anderen Situationen und zwar:	☐

B13 Tragen Sie aufgrund ungewollten Urinverlusts Binden oder Vorlagen?

Nein	Ja, aber nur wenn ich das Haus verlasse	Ja, immer
☐	☐	☐

→ Wenn Sie keine Binden oder Vorlagen tragen, dann machen Sie bitte mit Frage B 15 weiter

B14 Wie oft müssen Sie Binden, Vorlagen oder Unterwäsche normalerweise wechseln?

Ich muss sie gar nicht wechseln	Ich muss sie ein- bis zweimal pro Tag wechseln	Ich muss sie mehrmals täglich wechseln
☐	☐	☐

B15 Wie häufig kommt es vor, dass Sie Ihre Trinkmenge einschränken, um Urinverlust zu vermeiden?

Gar nicht	☐	Nur, wenn ich länger unterwegs bin	☐
Nur, vor dem Schlafen	☐	Auch, wenn ich nur kurz unterwegs bin	☐
Immer, unabhängig davon, was ich vor habe	☐	Nur bei anderen Situationen und zwar:	☐

B16 Welcher der beiden Aussagen stimmen Sie im Hinblick auf Ihre Blasenfunktion zu?

Meine **Blase** funktioniert **ohne Probleme**

☐

Ich habe **Probleme** mit der Funktion meiner **Blase**

☐

→ Wenn Ihre Blase ohne Probleme funktioniert, dann machen Sie bitte mit **Frage C 1 (Darmfunktion)** weiter

B17 Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?

So stark, dass ich kaum
noch aus dem Haus gehe

(Sehr) stark

Ziemlich

Ein wenig

Gar nicht

☐
☐
☐
☐
☐

C Darmfunktion

C1

Nein

Ja

Kommt es vor, dass Sie Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung haben oder Sie unkontrolliert Stuhl verlieren?

☐
☐

→ Wenn Sie **keine Probleme beim Stuhlgang** haben, dann machen Sie bitte mit **Frage D1 (Senkungsbeschwerden)** weiter

C2 Wie häufig treten folgende Schwierigkeiten auf?

Täglich/
Regelmäßig

Häufig

Selten

Nie

Verstopfung

☐
☐
☐
☐

Durchfälle

☐
☐
☐
☐

Schmerzen beim Stuhlgang

☐
☐
☐
☐

Winde oder Blähungen entweichen versehentlich, ohne dass ich sie zurückhalten kann

☐
☐
☐
☐

Ich kann den Darm nicht richtig entleeren

☐
☐
☐
☐

Muss bei Darmentleerung nachhelfen

☐
☐
☐
☐

Verliere unkontrolliert Stuhl

☐
☐
☐
☐

Muss bei Darmentleerung sehr stark pressen

☐
☐
☐
☐

Plötzlicher Stuhldrang, den ich nicht zurückdrängen kann

☐
☐
☐
☐

C3 Welcher der beiden Aussagen stimmen Sie im Hinblick auf Ihre Darmfunktion zu?

Mein **Darm** funktioniert **ohne Probleme**

☐

Ich habe **Probleme** mit der Funktion meines **Darms**

☐

→ Wenn Ihr Darm ohne Probleme funktioniert, dann machen Sie bitte mit **Frage D 1** weiter

C4 Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?

So stark, dass ich kaum noch aus dem Haus gehe

(Sehr) stark

Ziemlich

Ein wenig

Gar nicht

☐
☐
☐
☐
☐

D Senkung

D1 Haben Sie Senkungsbeschwerden wie Druck- oder Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich?
(Mehrfachnennungen möglich)

Nein

☐

Ja, Druckgefühl im Scheidenbereich

☐

Ja, Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich

☐

Ja, manchmal wölbt sich etwas bis vor den Scheideneingang

☐

D2 Welcher der beiden Aussagen stimmen Sie im Hinblick auf mögliche Senkungsbeschwerden (wie zum Beispiel Druck- oder Fremdkörpergefühle im Scheidenbereich) zu?

Ich habe **keine Senkungsbeschwerden**

☐

Ich habe **Senkungsbeschwerden**

☐

→ Wenn Sie keine Senkungsbeschwerden haben, dann machen Sie bitte mit **Frage E 1 (Sexualität)** weiter

D3 Wie sehr stören Sie Ihre Senkungsbeschwerden?

(Sehr) stark

Ziemlich

Ein wenig

Gar nicht

☐
☐
☐
☐

E Sexualität

E1 Sind Sie sexuell aktiv?

Nein, ich bin nicht aktiv

Ja, selten

Ja, regelmäßig

☐
☐
☐

E2	Nein	Ja	Bin nicht sexuell aktiv
Kommt es vor, dass Sie Schwierigkeiten oder Probleme beim Verkehr bzw. sexuellen Aktivitäten haben?	☐	☐	☐

E3 Wenn ja, welche Probleme treten regelmäßig bei sexuellen Aktivitäten auf? (Mehrfachnennungen möglich)			
Harnverlust	☐	Schmerzen	☐
Scheidentrockenheit	☐	Gefühl von Enge / zu großer Straffheit	☐
Gefühl der Schlaffheit / zu großer Weite	☐	Sonstige, und zwar:	☐

E4 Wie sehr stören Sie Ihre Probleme bei sexuellen Aktivitäten ?			
(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht
☐	☐	☐	☐

E5	Nein	Ja
Falls Sie derzeit nicht sexuell aktiv sind, können Sie sich vorstellen zukünftig wieder aktiv zu werden?	☐	☐

F Bisherige Behandlung und Beurteilung

F1	
Wie lange bzw. wie viele Jahre haben Sie Ihre Beschwerden schon?	_____ Jahre

F2 Wie wurden Ihre Beschwerden bislang behandelt ?			
Gar nicht	☐	Medikamente	☐
Physiotherapie / Becken-Boden-Gymnastik	☐	Elektrostimulation / Bio-Feedback	☐
Pessar (Würfel, Ring)	☐	OP	☐
Blasenkonditionstraining	☐	Sonstiges, und zwar:	☐

F3 Wer war bisher in die Behandlung einbezogen oder beteiligt?

Hausarzt	☐	Facharzt (z.B. Frauenarzt, Urologe)	☐
Krankenhausarzt	☐	Sonstige, und zwar:	☐

F4 Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der bisherigen Behandlung?

Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
☐	☐	☐	☐

F5 Sind Sie schon einmal im Bereich des Unterleibs operiert worden?

Nein	☐	Ja, Gebärmutterentfernung durch die Scheide	☐
Ja, Gebärmutterentfernung per Bauchschnitt	☐	Ja, Senkungsoperation durch die Scheide	☐
Ja, Anheben der Blase über einen Bauchschnitt	☐	Ja, Einlegen eines Kunststoffbandes zur Behebung des ungewollten Urinverlustes	☐
Ja, Einlegen eines Kunststoffnetzes zur Behebung einer Scheidensenkung	☐	Andere:	☐

F6 Inwiefern beeinträchtigen die Beschwerden / Symptome Ihr tägliches Leben (z.B. Sport, Einkaufen, Ausgehen)?

So stark, dass ich kaum noch aus dem Haus gehe	(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht	Habe keine Symptome / Beschwerden
☐	☐	☐	☐	☐	☐

F7 Wenn Ihr tägliches Leben durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt sind, in welchen Bereichen spüren Sie eine große Einschränkung Ihres täglichen Lebens? (Mehrfachnennungen möglich).

Einkaufen	☐	Hausarbeit	☐
Treffen mit Freunden/ Ausgehen	☐	Sport	☐
Gefühlszustand	☐	Schlaf / Energie	☐
Arbeit / Beruf	☐	Reisen	☐
Geschlechtsverkehr / sexuelle Aktivitäten	☐	Sonstige und zwar:	☐

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!