

Anamnese Fragebogen

Patientenaufkleber

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

1. Haben Sie Kinder geboren?
 Nein
 Ja
wenn ja, _____ Kind (er),
davon per Kaiserschnitt _____

2. Waren die Kinder besonders groß?
 Ja
 Nein

3. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag?
 Weniger als 1 Flasche Wasser (5 Gläser / 5 Tassen)
 1 – 2 Flaschen Wasser
 Mehr als 2 Flaschen Wasser

4. Bestehen allgemeine Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Herzschwäche ...) oder Erkrankungen des Nervensystems?
 Nein
 Ja, und zwar: _____

5. Hatten Sie als Kind Probleme mit dem Wasserlassen?
 nein
 Weiß nicht mehr, es ist schon zu lange her
 Ja, ich habe bereits als Kind über Nacht Wasser verloren

6. Hatten Sie in der Vergangenheit
 Brennen beim Wasserlassen?
 Brennen nach dem Wasserlassen?
 Schmerzen in der Blasenregion?
 Eine Blasen- / Nierenentzündung?
 Eine Erkrankung der Harnwege (Steine, Missbildungen, Tumore etc.)?
 blutigen Urin?

7. Nehmen Sie Medikamente ein?
- Nein
 - Gerinnungshemmer (Aspirin, ASS, Marcumar)
 - Blutdruckmedikamente
 - Antidiabetika
 - Schmerzmittel
 - Schilddrüsenhormone
 - Psychopharmaka
 - Diuretica- harntreibende Medikamente
 - Andere _____
8. Rauchen Sie?
- Ja
 - Nein
 - Weniger als 15 Zigaretten pro Tag
 - Mehr als 15 Zigaretten pro Tag
9. Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Nein
 - Ja, selten (1 – 2 jährlich)
 - Ja, gelegentlich (1 – 2 im Monat)
 - Ja, häufig (1 – 2 in der Woche)
 - Täglich
10. Wie groß sind die Urinmengen?
- Einige wenige Tropfen
 - Spritzer
 - Größere Mengen
11. Tragen Sie Binden?
- Nein
 - Ja, nur wenn ich das Haus verlasse
 - Ja, auch zu Hause
 - Ja, auch zum Schlafen
12. Wie oft müssen Sie Unterwäsche / Binden / Vorlagen wechseln?
- Gar nicht
 - 1 bis 2 mal pro Tag
 - Mehrmals täglich
13. Wann kommt es zum Urinverlust?
- Beim Husten, Niesen, Lachen
 - Bei stärkeren Belastungen wie Heben, Springen
 - Bei leichteren Belastungen wie Gehen, Laufen, Treppensteigen
 - Beim Wechsel vom Liegen zum Stehen
 - Im Liegen
 - Ständig
 - In folgenden Situationen _____

14. Haben Sie einen nicht unterdrückbaren Harndrang?
 Nein
 Ja, selten
 Ja, häufig
 Ohne Urinverlust
 Mit Urinverlust
15. Wie schnell müssen Sie bei einsetzendem Harndrang die Toilette aufsuchen?
 Kann noch warten
 Muss in der nächsten Viertelstunde gehen
 Muss sofort zur Toilette gehen
 Verliere meist schon auf dem Weg zur Toilette Urin
16. Wie ist die Stärke Ihres Harnstrahls?
 Tröpfelnd
 Schwach
 Mittelstark
17. Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen leer ist?
 ja
 Nein
 Nicht immer
 Nein, muss lange sitzen
 Nein, muss mit den Fingern nachhelfen
 Nein, muss stark pressen
 Weiß nicht
18. Verlieren Sie noch Wasser, wenn sie von der Toilette aufstehen?
 Ja
 Nein
19. Wie oft am Tag müssen Sie zum Wasserlassen die Toilette aufsuchen?
 Bis 5 mal am Tag
 Bis 10 mal am Tag
 Muss laufend zur Toilette
20. Wie oft müssen Sie in der Nacht zur Toilette
 Gar nicht
 1 bis 2 mal
 3 mal und öfter
21. Stört Sie das unkontrollierte Verlieren von Urin?
 Eigentlich nicht
 Stört mich gelegentlich
 Stört mich stark
 Ich traue mich nicht mehr aus dem Haus

22. Haben Sie aktuell Probleme / Schmerzen in Bereich der Blase oder Harnröhre?
 Nein
 Ja
 Ja, Brennen beim Wasserlassen
 Ja, Brennen nach dem Wasserlassen
23. Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?
 Nein
 Ja, ohne Probleme
 Ja, mit Harnverlust
 Ja, mit Beschwerden (Schmerzen, Scheidentrockenheit)
24. Haben Sie Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung?
 Nein
 Ja, ich leide unter Verstopfung
 Ja, ich den Darm nicht richtig entleeren
 Ja, ich muss bei der Darmentleerung nachhelfen
 Ja, ich verliere unkontrolliert Stuhl
 Ja, ich habe Durchfälle
 Ja ich habe Schmerzen beim Stuhlgang
25. Haben Sie Senkungsbeschwerden wie Druck- oder Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich?
 Nein
 Ja, Druckgefühl im Scheidenbereich
 Ja, Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich, wie _____
 Ja, manchmal wölbt sich etwas bis vor den Scheideneingang
26. Wenn ja, stört Sie dieses Gefühle?
 Nein
 Ja, ein wenig
 Ja, es beeinträchtigt mich sehr
27. Haben Sie noch Ihre Regelblutung?
 Ja, regelmäßig, zuletzt am: _____
 Ja, unregelmäßig, zuletzt am: _____
 Nein, seit dem _____ Lebensjahr nicht mehr
28. Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? (Hitze, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Gelenkbeschwerden, etc.)
 Ja
 Nein
29. Nehmen Sie Hormone ein?
 Nein
 Ja, als Tablette oder Spritze
 Ja, als Pflaster oder Gel
 Ja, als Vaginalcreme oder Vaginalzäpfchen
 Ja, andere

Name des Medikamentes: _____

30. Wie wurden Ihre Beschwerden bislang behandelt?
- Gar nicht
 - Medikamente
 - Physiotherapie / Beckenbodengymnastik
 - Elektrostimulation / Biofeedback
 - Pessar (Würfel, Ring)
 - OP
31. 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 Kunststoffbandes zur Behebung einer Scheidensenkung
- Andere
- _____
 - _____
32. Wenn eine Operation zur Behandlung der Beschwerden notwendig / hilfreich wäre, würden sie damit einverstanden sein?
- Ja
 - Nein
 - Weiß ich noch nicht genau

Datum: _____

Unterschrift