

Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(weiblich)

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?

- Slipeinlagen pro Tag _____
- Vorlagen: Größe _____ Tags Nachts
- Inkontinenzhose: Größe _____ 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.
- ..habe einen Druck / ein Schweregefühl im Becken.
- ..habe ein Fremdkörpergefühl in meiner Vagina.
- ..habe häufig Schmerzen im unteren Rücken.

11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

- Schwach Verzögert
- Tröpfelt nach Normal

12. Fragen zu Geburten

- >> Wie oft waren Sie schwanger _____
- >> Wie oft haben Sie geboren _____
- Mehrlingsgeburt / über 4000g Geburtsgewicht _____
- Kaiserschnitt
- Vaginale Entbindung(en) _____
- Mit Hilfe von Saugglocke, Zange
- >> Besondere Länge der Geburt _____
- Dammriss oder -schnitt
- Geburtsbeschleunigende Maßnahmen z.B. Druck auf den Bauch, wehenfördernde Infusionen

