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!