

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(männlich)

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 mit Frage 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?

☐ Vorlagen: Größe ☐ Tags ☐ Nachts

☐ Inkontinenzhose: Größe ☐ Tags ☐ Nachts

☐ Kondomurinal ☐ 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 häufig Harnwegsinfektionen.

11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

☐ Schwach

☐ Verzögert

☐ Tröpfelt nach

☐ Normal

12. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt?

13. Haben Sie andere Erkrankungen?

- ☐ Atemwegserkrankungen ☐ Diabetes
☐ Herzprobleme ☐ Krebs
☐ psychische Erkrankungen
☐ Sonstiges:

14. Nehmen Sie Medikamente?

- ☐ Nein
☐ Ja, nämlich

15. Fragen zur Darmfunktion: Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Ich...

- ☐ ... entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl.
☐ ... Konsistenz: flüssig ☐ weich ☐ geformt ☐ fest ☐
☐ ... habe eine Darmerkrankung.

☐ ... habe häufig Durchfall.
☐ ... presse bei der Stuhlentleerung.
☐ ... habe häufig Verstopfung.
☐ ... habe häufig Blähungen.
☐ ... kann Winde nicht sicher zurückhalten.
☐ ... verliere Stuhl.
☐ ... habe Hämorrhoiden.

16. Fragen zur Sexualität: Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

Ich...

- ☐ ... möchte nicht über meine Sexualität sprechen.
☐ ... bin sexuell aktiv.
☐ ... kann meine Sexualität zufriedenstellend leben.
☐ ... kann keine Erektion erreichen.
☐ ... kann meine Erektion nicht zufriedenstellend halten.
☐ ... kann keinen Orgasmus erreichen.
☐ ... habe Schmerzen beim oder nach dem Sex.

17. Bisherige Behandlungen

- ☐ Allgemeine Physiotherapie
☐ Spezielle Beckenbodentherapie
☐ Elektro- oder Biofeedbacktherapie
☐ Andere:

18. Beschreibung der Lebensverhältnisse:

>> Berufliche Situation

- ☐ Langes Sitzen
☐ Stehen
☐ Schwere körperliche Arbeit
☐ Hohe Stressbelastung
☐ Andere:

>> Private Situation

- ☐ Körperliche Belastungen
☐ Seelische Belastungen
☐ Pflege von Angehörigen
☐ Sport:

19. Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar bei

20. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kein Problem 0.....10 ein großes Problem)

21. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?
