

Fragebogen Blasenschwäche

Liebe Patientin

Um mich besser auf unser Gespräch vorzubereiten, bitte ich Sie folgende Fragen auszufüllen:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Adresse

E-Mail-Adresse Telefon.....

Gewicht..... Grösse.....

Datum

1. Welche Beschwerden liegen vor?

.....
.....
.....

2. Seit wann?

.....
.....
.....

3. Was stört am meisten?

.....
.....
.....

4. Waren Sie bereits in ärztlicher Behandlung deshalb?

.....
.....
.....

5. Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um Ihre Beschwerden zu lindern bzw. zu beheben?
(z.B. Medikamente, Biofeedback, Einmalkatheterismus, Physiotherapie)

.....
.....
.....

6. Welche Erkrankungen haben Sie?

.....
.....
.....

7. Hatten Sie Bauch-oder Unterleibs-Operationen?

Ja Nein

Wenn ja: welche?

.....
.....

Wann?.....

8. Haben Sie Kinder geboren

Ja Nein

Wenn ja: wie viele?

per Kaiserschnitt?

Ja Nein

9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr?

Ja Nein

Und hatten Sie dabei Urinverlust?

Ja Nein

10. Hatten Sie in den vergangenen Monaten Harnwegsinfektionen?

Nein Ja, welche?.....

Wenn ja wie oft?

11. Hatten Sie dabei Fieber?

Nein

Ja

12. Ist es Ihnen möglich, die Harnblase komplett zu entleeren?

Nein

Ja

13. Müssen Sie beim Wasserlassen pressen?

Nein

Ja

14. Weshalb gehen Sie üblicherweise zum Wasserlassen?

Hamdrang

Gewohnheit

vorbeugend

15. Wie oft gehen Sie am Tag zur Toilette?

16. In welchen Situationen verlieren Sie Urin.

Husten

Niesen

Lachen

Springen

Gehen

Laufen

Heben von Lasten

Stehen

Sitzen

Liegen

Treppensteigen

17. Verlieren Sie auch Urin, ohne es sofort zu bemerken?

Nein

Ja

18. Müssen Sie sofort zur Toilette gehen, wenn Sie einen Harndrang verspüren?

- ja, sofort möglichst schnell (innerhalb von 10 min)
- oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig ich kann auch länger warten

19. Haben Sie manchmal Harndrang und es kommt dann trotzdem nur eine kleine Menge?

- Nein Ja

20. Werden Sie nachts wach, weil Sie Harndrang verspüren?

- Nein Ja

21. Verlieren Sie im Schlaf Urin?

- Nein Ja

Wenn ja: müssen Sie dann zur Toilette gehen?

- Nein Ja

Wenn ja wie oft?

22. Verspüren Sie ein Brennen beim Wasserlassen?

- Nein Ja

23. Gibt es andere Auffälligkeiten, die Sie beobachtet haben?

.....
.....

24. Benutzen Sie Vorlagen?

Ja Nein

Wenn ja: wie viele pro Tag?

Welche Größe bzw. Saugstärke?.....

25. Haben Sie geregelten Stuhlgang?

Nein Ja

26. Leiden Sie unter Verstopfung?

Nein Ja

27. Können Sie Winde halten?

Nein Ja

28. Können Sie Stuhlgang halten?

Nein Ja

29. Wieviel trinken Sie etwa pro Tag? ca.Liter

Was trinken Sie?

Mineralwasser Kaffee Tee

Sonstiges