

Fragebogen bei Blasenproblemen

Wir bitten Sie die folgenden Angaben zu machen und die Fragen zu beantworten.
 Bitte notieren Sie Ihre Antwort oder kreuzen Sie das in Ihrem Fall am ehesten Zutreffende an.
Zusätzliche Kommentare / Anmerkungen von Ihnen sind herzlich willkommen!

Name:

Persönliche Angaben: Alter (Jahre) Körpergewicht (kg) Körpergröße (cm)

Wie oft kommt es bei Ihnen zu einem unfreiwilligem Urinverlust? 0 Nie 0 1x pro Woche oder seltener

0 2 - 3 x pro Woche 0 1 x täglich 0 mehrmals täglich 0 ständig

Ist der unfreiwillige Urinverlust mit starkem Harndrang verbunden?

0 Nein 0 Ja 0 manchmal

Besteht bei Ihnen wiederkehrender kaum unterdrückbarer Harndrang?

0 Nie 0 selten 0 häufig

Müssen sie bei Harndrang sofort auf die Toilette gehen?

0 Nein, kann warten 0 Muss sofort gehen

Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen völlig leer ist?

0 Ja 0 Nein

Wie stark ist der Urinverlust?

0 Kein Urinverlust 0 Einige Tropfen 0 Spritzer 0 Größere Mengen

Wie stark ist Ihr Leben durch Urinverlust beeinträchtigt?

Bitte Markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (sehr stark).

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Wann kommt es zum unfreiwilligen Urinverlust?

(Es dürfen auch mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden.)

0 Nie 0 Bevor Sie die Toilette erreichen 0 Im Schlaf

0 Beim Husten, Niesen, Laufen, Bücken etc. 0 Nach dem Wasserlassen

0 Bei körperlicher Anstrengung wie Heben und Sport 0 Ständiger Urinverlust

0 Bei anderen Situationen, bitte kurz beschreiben:

Wie häufig gehen Sie durchschnittlich tagsüber auf die Toilette?

0 alle 2 - 3 Stunden 0 etwa stündlich 0 etwa alle ½ Stunde 0 öfter als ½ stündlich

Wie häufig gehen Sie durchschnittlich nachts auf die Toilette? _____ Mal

Wie viele Vorlagen/Binden etc. benutzen Sie durchschnittlich?

0 Keine Tagsüber: _____ Vorlagen nachts: _____ Vorlagen

Name:

Leiden Sie an häufigen Blasenentzündungen?

0 Nein 0 Ja 0 falls ja: wann zuletzt: 0 falls ja: wie oft im letzten Jahr:

Wie viel trinken Sie durchschnittlich täglich? _____ Liter

Bestehen Probleme mit dem Stuhlgang?

0 Nein 0 Durchfallneigung 0 Verstopfungsneigung
 0 Inkontinenz für Winde 0 Inkontinenz für flüssigen Stuhl 0 Inkontinenz für festen Stuhl

Haben Sie schon einmal Beckenbodentraining durchgeführt?

0 Nein 0 Ja 0 hat geholfen 0 hat nicht geholfen

Haben Sie schon einmal Medikamente wegen Ihrer Blasenprobleme eingenommen?

0 Nein 0 Ja 0 welches Medikament und hat es geholfen:

Nehmen Sie andere Medikamente? 0 Nein 0 Ja **Wenn ja, welche?**

Haben Sie Allergien? 0 Nein 0 Ja **Wenn ja, welche?**

Sind Sie schon einmal wegen Urinverlustes od. Blasensenkung operiert worden?

0 Nein 0 Ja **Wenn ja, welche Operation und wann:**

Hatten Sie andere Operationen?

0 Nein 0 Ja **Wenn ja, welche Operation und wann:**

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

0 Diabetes mellitus 0 Bandscheibenvorfall 0 Multiple Sklerose
 0 Demenz / M. Alzheimer 0 M. Parkinson 0 Schlaganfall 0 Querschnittlähmung

Haben Sie andere Vorerkrankungen? 0 Nein 0 Ja **Wenn ja, welche?**

Fragen für Frauen: Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ Kinder

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? 0 Nein 0 Ja, wie oft: _____

Hatten Sie einen Dammriss oder Dammschnitt? 0 Nein 0 Ja

Liegen die Wechseljahre schon hinter Ihnen? 0 Nein 0 Ja

Wurde die Gebärmutter entfernt? 0 Nein 0 Ja

Wir danken für Ihre Mithilfe!