

## 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, Gelenksbeschwerden etc.)?



A5 Wie viel **Flüssigkeit trinken** Sie **normalerweise** am **Tag** im **Durchschnitt**?

Ich trinke im Durchschnitt \_\_\_\_\_ Liter am Tag

A6		Nein	Ja
<b>Rauchen Sie?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?</b>			
Weniger als 15 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	Mehr als 15 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>
<b>A7 Haben Sie <b>allgemeine Vorerkrankungen</b> (z.B. Diabetes, Herzschwäche, erhöhter Blutdruck) oder <b>Erkrankungen des Nervensystems</b> (z.B. Multiple Sklerose, Bandscheibe)?</b>			
Nein	<input type="checkbox"/>		
Ja	<input type="checkbox"/> → <b>Welche Vorerkrankungen?:</b>		
A8		Nein	Ja
<b>Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie <b>regelmäßig</b> ein?</b>			
Medikamente zur Blutverdünnung	<input type="checkbox"/>	Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenhormone	<input type="checkbox"/>	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>
Diuretika (harntreibende Medikamente)	<input type="checkbox"/>	Andere, und zwar:	<input type="checkbox"/>
<b>A9 Nehmen Sie <b>Hormone</b> ein?</b>			
Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, als Tablette oder Spritze	<input type="checkbox"/>
Ja, als Pflaster oder Gel	<input type="checkbox"/>	Ja, als Vaginalcreme oder Vaginalzäpfchen	<input type="checkbox"/>
Ja, etwas anderes	<input type="checkbox"/>	Name des Präparates:	

A10 <b>Wie oft</b> haben Sie...	Täglich/ Regelmäßig	Häufig	Selten	Nie
...Brennen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Brennen nach dem Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Schmerzen in der Blasenregion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...blutigen Urin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11 <b>Wie oft</b> haben Sie...	Regelmäßig	Häufig	Selten	Nie
...eine Blasen- / Harnwegsinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Nierenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Erkrankung der Harnwege (z.B. Steine, Missbildungen, Tumore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B Blasenfunktion

B1	Nein	Ja
Haben Sie <b>Probleme</b> mit der <b>Blase</b> , z. B. häufiges Wasserlassen oder ungewollten Urinverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Wenn Sie **keine Probleme** mit der **Blase** haben, dann machen Sie bitte mit **Frage C1 (Darmfunktion)** weiter

B2 <b>Wie oft</b> müssen Sie <b>normalerweise</b> am <b>Tag</b> zum <b>Wasserlassen</b> die <b>Toilette</b> aufsuchen?		
Bis 5 mal am Tag	Zwischen 5 und 10 mal am Tag	Mehr als 11 mal am Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3 <b>Wie oft</b> müssen Sie <b>normalerweise</b> in der <b>Nacht</b> zur <b>Toilette</b> ?		
Gar nicht	1- bis 2 mal	3 mal und öfter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B4 Wie ist normalerweise die Stärke Ihres Harnstrahls?</b>				
Schwach	Mittelstark	Stark		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>B5</b>		Nein	Ja	Weiß ich nicht
Können Sie Ihren <b>Harnstrahl</b> willkürlich <b>unterbrechen</b> oder <b>anhalten</b> ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B6 Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen leer ist?</b>				
Immer	Oft / häufig	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B7 Kommt es regelmäßig vor, dass Sie beim Wasserlassen...</b>		Nein	Ja	Weiß ich nicht
...lange sitzen müssen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit dem Finger nachhelfen müssen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...stark pressen müssen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B8 Wie schnell müssen Sie bei normal einsetzendem Harndrang die Toilette aufsuchen?</b>				
Muss <b>sofort</b> zur Toilette gehen und <b>verliere</b> meist auf dem Weg <b>Urin</b>	Muss <b>sofort</b> zur Toilette gehen, <b>ohne</b> auf dem Weg <b>Urin</b> zu <b>verlieren</b>	Muss in der <b>nächsten Viertelstunde</b> gehen	Kann noch <b>warten</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B9 Wie häufig kommt es vor, dass Sie einen plötzlich einsetzenden Harndrang haben, der nicht unterdrückbar oder einzuhalten ist?</b>				
Täglich	1x pro Woche oder mehrmals pro Woche	Selten	Nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B10 Kommt es vor, dass Sie ungewollt Urin verlieren?</b>				
Ja, mehrmals täglich	Ja, 1- bis 2 mal täglich	Ja, selten (nicht täglich)	Nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>→ Wenn Sie nie ungewollt Urin verlieren, dann machen Sie bitte mit Frage B16 weiter</b>				

B11 Wie <b>groß</b> sind die <b>Urinmengen</b> , die Sie <b>ungewollt verlieren</b> ?			
Große Mengen	Mittelgroße Mengen / Spritzer	Einige wenige Tropfen / kleine Mengen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

  

B12 Wann kommt es zum <b>ungewollten Urinverlust</b> ?			
Beim Husten, Niesen, Lachen	<input type="checkbox"/>	Bei stärkeren Belastungen wie Heben, Springen	<input type="checkbox"/>
Bei leichteren Belastungen wie Gehen, Laufen, Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	Beim Wechsel vom Liegen zum Stehen / Beim Wechsel vom Stehen zum Liegen	<input type="checkbox"/>
Im Liegen / beim Schlafen	<input type="checkbox"/>	Im Stehen (ohne Belastung)	<input type="checkbox"/>
Bei Aufregung	<input type="checkbox"/>	Bei sexuellen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
Ohne erkennbare Ursache	<input type="checkbox"/>	In anderen Situationen und zwar:	<input type="checkbox"/>

  

B13 Tragen Sie aufgrund <b>ungewollten Urinverlusts Binden</b> oder <b>Vorlagen</b> ?		
Nein	Ja, aber nur wenn ich das Haus verlasse	Ja, immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**→ Wenn Sie keine Binden oder Vorlagen tragen, dann machen Sie bitte mit Frage B 15 weiter**

  

B14 Wie <b>oft</b> müssen Sie <b>Binden, Vorlagen</b> oder <b>Unterwäsche</b> normalerweise <b>wechseln</b> ?		
Ich muss sie gar nicht wechseln	Ich muss sie ein- bis zweimal pro Tag wechseln	Ich muss sie mehrmals täglich wechseln
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

B15 Wie <b>häufig</b> kommt es vor, dass Sie Ihre <b>Trinkmenge einschränken</b> , um <b>Urinverlust</b> zu <b>vermeiden</b> ?			
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	Nur, wenn ich länger unterwegs bin	<input type="checkbox"/>
Nur, vor dem Schlafen	<input type="checkbox"/>	Auch, wenn ich nur kurz unterwegs bin	<input type="checkbox"/>
Immer, unabhängig davon, was ich vor habe	<input type="checkbox"/>	Nur bei anderen Situationen und zwar:	<input type="checkbox"/>

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 <b>Darm</b> funktioniert <b>ohne Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	Ich habe <b>Probleme</b> mit der Funktion meines <b>Darms</b>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	---	--------------------------

**→ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D Senkung**

**D1 Haben Sie Senkungsbeschwerden wie Druck- oder Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich? (Mehrfachnennungen möglich)**

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Druckgefühl im Scheidenbereich	<input type="checkbox"/>
Ja, Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich	<input type="checkbox"/>	Ja, manchmal wölbt sich etwas bis vor den Scheideneingang	<input type="checkbox"/>

**D2 Welcher der beiden Aussagen stimmen Sie im Hinblick auf mögliche Senkungsbeschwerden (wie zum Beispiel Druck- oder Fremdkörpergefühle im Scheidenbereich) zu?**

Ich habe <b>keine Senkungsbeschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	Ich habe <b>Senkungsbeschwerden</b>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

**→ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E Sexualität**

**E1 Sind Sie sexuell aktiv?**

Nein, ich bin nicht aktiv	Ja, selten	Ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E2	Nein	Ja	Bin nicht sexuell aktiv
Kommt es vor, dass Sie <b>Schwierigkeiten</b> oder <b>Probleme</b> beim Verkehr bzw. <b>sexuellen Aktivitäten</b> haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3 Wenn ja, welche <b>Probleme</b> treten <b>regelmäßig</b> bei <b>sexuellen Aktivitäten</b> auf? (Mehrfachnennungen möglich)			
Harnverlust	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Scheidentrockenheit	<input type="checkbox"/>	Gefühl von Enge / zu großer Straffheit	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Schloffheit / zu großer Weite	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

E4 Wie <b>sehr stören</b> Sie Ihre <b>Probleme</b> bei <b>sexuellen Aktivitäten</b> ?			
(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E5	Nein	Ja
Falls Sie <b>derzeit nicht sexuell aktiv</b> sind, können Sie sich <b>vorstellen zukünftig wieder aktiv</b> zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F Bisherige Behandlung und Beurteilung

F1	
Wie <b>lange</b> bzw. wie <b>viele Jahre</b> haben Sie Ihre <b>Beschwerden</b> schon?	_____ Jahre

F2 Wie wurden Ihre <b>Beschwerden bislang behandelt</b> ?			
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie / Becken-Boden-Gymnastik	<input type="checkbox"/>	Elektrostimulation / Bio-Feedback	<input type="checkbox"/>
Pessar (Würfel, Ring)	<input type="checkbox"/>	OP	<input type="checkbox"/>
Blasenkonditionstraining	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

F3 Wer war bisher in die <b>Behandlung</b> einbezogen oder <b>beteiligt</b> ?			
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Facharzt (z.B. Frauenarzt, Urologe)	<input type="checkbox"/>
Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

  

F4 Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit dem <b>Erfolg</b> der <b>bisherigen Behandlung</b> ?			
Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

F5 Sind Sie schon einmal im <b>Bereich</b> des <b>Unterleibs operiert</b> worden?			
Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Gebärmutterentfernung durch die Scheide	<input type="checkbox"/>
Ja, Gebärmutterentfernung per Bauchschnitt	<input type="checkbox"/>	Ja, Senkungsoperation durch die Scheide	<input type="checkbox"/>
Ja, Anheben der Blase über einen Bauchschnitt	<input type="checkbox"/>	Ja, Einlegen eines Kunststoffbandes zur Behebung des ungewollten Urinverlustes	<input type="checkbox"/>
Ja, Einlegen eines Kunststoffnetzes zur Behebung einer Scheidensenkung	<input type="checkbox"/>	Andere:	<input type="checkbox"/>

  

F6 Inwiefern <b>beeinträchtigen</b> die <b>Beschwerden / Symptome</b> Ihr <b>tägliches Leben</b> (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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

F7 Wenn Ihr tägliches Leben durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt sind, in welchen <b>Bereichen</b> spüren Sie eine <b>große Einschränkung</b> Ihres <b>täglichen Lebens</b> ? (Mehrfachnennungen möglich).			
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	Hausarbeit	<input type="checkbox"/>
Treffen mit Freunden/ Ausgehen	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>
Gefühlszustand	<input type="checkbox"/>	Schlaf / Energie	<input type="checkbox"/>
Arbeit / Beruf	<input type="checkbox"/>	Reisen	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsverkehr / sexuelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	Sonstige und zwar:	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!