

Fragebogen zur urodynamischen Untersuchung

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Wechseljahre: ja nein

Alter der letzten Regelblutung: _____

Beruf: _____

Raucherin: ja nein

Geburten: _____

Normal: _____ Saugglocke/Zangengeburt: _____ Kaiserschnitt: _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

Vorerkrankungen:

Operationen:

- Gebärmutterentfernung ja nein
mit Blasenhebung/Darmkorrektur ja nein
- Operationen an der Scheide ja nein
- Operationen wegen Urinverlust ja nein
- andere Operationen: _____

Leiden Sie unter Verstopfungen? ja nein

Haben Sie Probleme, den Stuhl oder „Winde“ zu halten? ja nein

Nur Winde Nur flüssigen Stuhl Stuhlschmierer

Trinkmenge pro Tag: _____ Liter

Seit wann verlieren Sie Urin?

Wochen Monaten Jahren

Wie oft verlieren Sie Urin?

Selten nur bei Belastung täglich

mehrmals täglich dauernd

In welcher Situation verlieren Sie Urin?

Husten Niesen Lachen Bücken/Heben Gehen
Springen Sport Aufstehen Sitzend Liegend
kann oft nicht zugeordnet werden

Andere Situationen: _____

Haben Sie Dranggefühl bevor Sie Urin verlieren?

ja nein

Wie schnell müssen Sie zur Toilette, wenn Sie Harndrang haben?

Kann mehr als 1 Std. warten nach max. 1 Std.
in 30-60 min in 5-15 min. sofort

Verlieren Sie auch Urin ohne es zu merken?

nein ja, nachts ja, tagsüber tagsüber und nachts

Wie viel Urin verlieren Sie jeweils?

Tropfen Spritzer größere Mengen
Blase entleert sich vollständig

Benutzen Sie tgl. Slipeinlagen oder Binden? ja nein

Wenn ja, wie oft wechseln Sie diese? _____

Wie oft entleeren Sie tagsüber die Blase? _____

Wie oft müssen Sie nachts wegen Harndrang zur Toilette? _____

Wie groß sind jeweils die entleerten Urinmengen?

reichlich kleine Mengen
lohnt sich kaum

Wie empfinden Sie den Harnstrahl?

kräftig schwach
läuft nicht sofort los mit Unterbrechung

Die Entleerung der Harnblase funktioniert:

- problemlos u. vollständig unvollständig
mit Tröpfeln am Schluss nur in mehreren Portionen

Hatten Sie in letzter Zeit Blasenentzündungen?

- nein ja, zuletzt: _____
Wie viele Infektionen pro Jahr? _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Verspüren Sie Brennen beim Wasserlassen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen tief im Kreuz? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen im Scheidenbereich? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist der Geschlechtsverkehr schmerzhaft? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verlieren Sie Urin beim Geschlechtsverkehr | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wie stark fühlen Sie sich durch die Inkontinenz im alltäglichen Leben beeinträchtigt? In einer Skala von 0-10 (0 gar nicht, 10 so schlimm, wie nur vorstellbar) _____

Was haben Sie gegen die Inkontinenz bereits gezielt unternommen?

- Beckenbodengymnastik
Seit wann? Wie oft? Bis wann? _____
- Tabletten
Name: _____ Von wann bis wann? _____
- Hormone
Tabletten Creme Pflaster
Von wann bis wann? _____
- Operationen
Welche? _____
Wo? _____
- „Pipi“-Tagebuch
- Elektrostimulation des Beckenbodens/Biofeedbacktraining
- Andere: _____