



Liebe Patientin,

Sie wünschen einen Termin zur urogynäkologischen Sprechstunde und wurden zur Beratung von Ihrer Gynäkologin/ Ihrem Gynäkologen zu uns überwiesen?

Hierzu bieten wir eine urogynäkologische Spezialsprechstunde an. Bitte füllen Sie vor einer Terminvereinbarung den nachfolgenden urogynäkologischen Fragebogen sorgfältig aus.

Falls Sie einen Termin in unserer Sprechstunde, auf den andere Patientinnen lange warten müssen, nicht wahrnehmen können, dann sagen Sie diesen bitte rechtzeitig, spätestens jedoch 24 Stunden vorher telefonisch, persönlich oder über Doctolib ab.

Wenn Sie den urogynäkologischen Fragebogen, den Anamnesebogen und die Schweigepflichtentbindung unterschrieben an **praxis@gynmuenster.de** zurücksenden, bekommen Sie einen Terminvorschlag für unsere Urogyn-Sprechstunde.

Viele Grüße

Ihr GYNMÜNSTER-Team

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Mobilnummer:

Email:

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und wünsche einen Termin.

Ort, Datum

Unterschrift



GYNMÜNSTER
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Fachärzte für Frauenheilkunde
ambulante und kurzstationäre
Operationen

AGE-AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR
MINIMAL-INVASIVE CHIRURGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE
DYSPLASIE-EINHEIT

SEF-ZERTIFIZIERTE
ENDOMETRIOSE-KLINIK

Dr. med. Jens Quakernack
Dr. med. Gregor Engelke
Dr. med. Ruth Böhnel
Sebastian Bauer

Angestellte Ärzte:
Dr. med. Anne Overbeck
Dr. med. Swati Peiffer

Hohenzollernring 57
48145 Münster

Telefon: 0251 - 393024
Telefax: 0251 - 379383

E-Mail: info@gynmuenster.de
www.gynmuenster.de

KOOPERATIONSPARTNER



GYNVELEN

PRAXIS UND KLINIK FÜR
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE



Fragebogen zur urogynäkologischen Sprechstunde

Name, Vorname: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Alter der letzten Regelblutung: _____

Beruf: _____ Raucherin: ja nein

Geburten: _____

Normal: _____ Saugglocke/Zangengeburt: _____ Kaiserschnitt: _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

homonelle vaginale Behandlung: ja nein

Vorerkrankungen:

Voroperationen (falls vorhanden Unterlagen/ Op Berichte von Beckenbodeneingriffen mitbringen)

- Gebärmutterentfernung ja nein
mit Blasenhebung/Darmkorrektur ja nein
mit Netz 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? _____
- „Pipi“- Tagebuch
- Elektrostimulation des Beckenbodens/Biofeedbacktraining