

**AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS BERGEDORF gGmbH**

Patientenaufkleber



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**

---



<b>A Allgemeine Angaben</b>		
Bitte machen Sie folgende Angaben:		
Ihr Alter	_____ Jahre	
Ihre Größe	_____ cm	
Ihr Gewicht	_____ kg	
A1	Nein	Ja
Haben Sie <b>Kinder geboren</b> ?		
<b>Wenn ja</b> , wie viele Kinder?		
	_____ Anzahl Kind(er)	
	davon per Kaiserschnitt:	
	_____ Anzahl Kaiserschnitte	
A2	Nein	Ja
War mindestens ein <b>Kind besonders schwer</b> oder groß (Gewicht über 4000 g)?		
A3 Haben Sie noch Ihre <b>Regelblutung</b> ?		
	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 <b>derzeit Wechseljahresbeschwerden</b> (z.B. Hitze, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Gelenkbeschwerden etc.)?		
A5 Wie viel <b>Flüssigkeit trinken</b> Sie <b>normalerweise</b> am <b>Tag</b> im <b>Durchschnitt</b> ?		
Ich trinke im Durchschnitt _____ Liter am Tag		

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

A10 <b>Wie oft</b> haben Sie...	Täglich/ Regel- mäßig	Häufig	Selten	Nie
...Brennen beim Wasserlassen?				
...Brennen nach dem Wasserlassen?				
....Schmerzen in der Blasenregion?				
...blutigen Urin?				

  

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

  

**B Blasenfunktion**

B1	Nein	Ja
Haben Sie <b>Probleme</b> mit der <b>Blase</b> , z. B. häufiges Wasserlassen oder ungewollten Urinverlust?		
→ Wenn Sie <b>keine Probleme</b> mit der <b>Blase</b> haben, dann machen Sie bitte mit <b>Frage C1 (Darmfunktion) weiter</b>		

  

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

  

B3 Wie <b>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

B4 Wie ist <b>normalerweise</b> die <b>Stärke</b> Ihres <b>Harnstrahls</b> ?					
Schwach		Mittelstark		Stark	
B5			Nein	Ja	Weiß ich nicht
Können Sie Ihren <b>Harnstrahl</b> willkürlich <b>unterbrechen</b> oder <b>anhalten</b> ?					
B6 Wie häufig haben Sie das <b>Gefühl</b> , dass die <b>Blase</b> nach dem <b>Wasserlassen leer</b> ist?					
Immer	Oft / häufig	Manchmal	Selten	Nie	
B7 <b>Kommt</b> es regelmäßig <b>vor</b> , dass Sie <b>beim Wasserlassen...</b>			Nein	Ja	Weiß ich nicht
...lange sitzen müssen?					
...mit dem Finger nachhelfen müssen?					
...stark pressen müssen?					
B8 <b>Wie schnell</b> müssen Sie bei normal einsetzendem <b>Harndrang</b> die <b>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>		
B9 <b>Wie häufig</b> kommt es vor, dass Sie einen <b>plötzlich einsetzenden Harndrang</b> haben, der <b>nicht unterdrückbar</b> oder <b>einzuhalten</b> ist?					
Täglich	1x pro Woche oder mehrmals pro Woche	Selten	Nie		
B10 Kommt es vor, dass Sie <b>ungewollt Urin verlieren</b> ?					
Ja, mehrmals täglich	Ja, 1- bis 2 mal täglich	Ja, selten (nicht täglich)	Nie		
<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

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

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

**→ 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

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

<b>B16 Welcher</b> der beiden <b>Aussagen stimmen Sie</b> im Hinblick auf Ihre <b>Blasenfunktion</b> zu?					
Meine <b>Blase</b> funktioniert <b>ohne Probleme</b>		Ich habe <b>Probleme</b> mit der Funktion meiner <b>Blase</b>			
<b>→ Wenn Ihre Blase ohne Probleme funktioniert, dann machen Sie bitte mit Frage C 1 (Darmfunktion) weiter</b>					
<b>B17</b> Wie <b>sehr stört</b> Sie Ihr <b>Blasenproblem</b> ?					
So stark, dass ich kaum noch aus dem Haus gehe	(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht	
<b>C Darmfunktion</b>					
<b>C1</b>			Nein	Ja	
<b>Kommt es vor, dass Sie Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung haben oder Sie unkontrolliert Stuhl verlieren?</b>					
<b>→ Wenn Sie keine Probleme beim Stuhlgang haben, dann machen Sie bitte mit Frage D1 (Senkungsbeschwerden) weiter</b>					
<b>C2</b>	<b>Wie häufig</b> treten <b>folgende Schwierigkeiten</b> 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				

<b>C3 Welcher</b> der beiden <b>Aussagen stimmen Sie</b> im Hinblick auf Ihre <b>Darmfunktion</b> zu?				
Mein <b>Darm</b> funktioniert <b>ohne Probleme</b>		Ich habe <b>Probleme</b> mit der Funktion meines <b>Darms</b>		
<b>→ Wenn Ihr Darm ohne Probleme funktioniert, dann machen Sie bitte mit Frage D 1 weiter</b>				
<b>C4</b> Wie <b>sehr stört</b> Sie Ihr <b>Darmproblem</b> ?				
So stark, dass ich kaum noch aus dem Haus gehe	(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht
<b>D Senkung</b>				
<b>D1</b> Haben Sie <b>Senkungsbeschwerden</b> wie <b>Druck-</b> oder <b>Fremdkörpergefühl</b> im <b>Scheidenbereich</b> ? (Mehrfachnennungen möglich)				
Nein		Ja, Druckgefühl im Scheidenbereich		
Ja, Fremdkörpergefühl im Scheidenbereich		Ja, manchmal wölbt sich etwas bis vor den Scheideneingang		
<b>D2 Welcher</b> der beiden <b>Aussagen stimmen Sie</b> im Hinblick auf mögliche <b>Senkungsbeschwerden</b> (wie zum Beispiel Druck- oder Fremdkörpergefühle im Scheidenbereich) zu?				
Ich habe <b>keine Senkungsbeschwerden</b>		Ich habe <b>Senkungsbeschwerden</b>		
<b>→ Wenn Sie keine Senkungsbeschwerden haben, dann machen Sie bitte mit Frage E 1 (Sexualität) weiter</b>				
<b>D3</b> Wie <b>sehr stören</b> Sie Ihre <b>Senkungsbeschwerden</b> ?				
(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht	
<b>E Sexualität</b>				
<b>E1</b> Sind Sie <b>sexuell aktiv</b> ?				
Nein, ich bin nicht aktiv	Ja, selten	Ja, regelmäßig		

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?			
<b>E3</b> Wenn ja, welche <b>Probleme</b> treten <b>regelmäßig</b> bei <b>sexuellen Aktivitäten</b> auf? (Mehrfachnennungen möglich)			
Harnverlust		Schmerzen	
Scheidentrockenheit		Gefühl von Enge / zu großer Straffheit	
Gefühl der Schlaffheit / zu großer Weite		Sonstige, und zwar:	
<b>E4</b> Wie <b>sehr stören</b> Sie Ihre <b>Probleme</b> bei <b>sexuellen Aktivitäten</b> ?			
(Sehr) stark	Ziemlich	Ein wenig	Gar nicht
E5	Nein	Ja	
<b>Falls</b> Sie <b>derzeit nicht sexuell aktiv</b> sind, können Sie sich <b>vorstellen zukünftig</b> wieder <b>aktiv</b> zu werden?			
<b>F Bisherige Behandlung und Beurteilung</b>			
<b>F1</b>			
Wie <b>lange</b> bzw. wie <b>viele Jahre</b> haben Sie Ihre <b>Beschwerden</b> schon?			_____ Jahre
<b>F2</b> Wie wurden Ihre <b>Beschwerden bislang behandelt</b> ?			
Gar nicht		Medikamente	
Physiotherapie / Becken-Boden-Gymnastik		Elektrostimulation / Bio-Feedback	
Pessar (Würfel, Ring)		OP	
Blasenkonditionstraining		Sonstiges, und zwar:	

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

  

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

  

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

  

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

  

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		Hausarbeit	
Treffen mit Freunden/ Ausgehen		Sport	
Gefühlszustand		Schlaf / Energie	
Arbeit / Beruf		Reisen	
Geschlechtsverkehr / sexuelle Aktivitäten		Sonstige und zwar:	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!