

# Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen.  
Mehrfachnennungen möglich.

Datum:	
Name:	
Adresse:	
Beruf:	
Geburtsdatum:	
Überweisender Arzt:	
Diagnose:	
Gewicht: Größe:	
Aktuelle Symptome:	

## 1. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

- Nein  Ja  
 Gelegentlich  Häufig  Ständig

## 2. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit ?

- Bei Husten, Niesen, Lachen  
 Beim Hüpfen  
 Beim Treppensteigen  
 Beim Stolpern  
 Beim Sport  
 Beim Lagewechsel  
 Beim Aufstehen, Hinsetzen (Stuhl)  
 Beim Aufsetzen, Hinlegen (Bett)  
 Beim Anheben schwerer Gegenstände  
 Im Liegen  
 Ohne jeden Anlass  
 Bei Wassergeräuschen  
 Bei Aufregung  
 Nachträpfeln nach Toilettengang  
 Urinabgang ohne vorherigen Harndrang  
 Andere Aktivitäten: \_\_\_\_\_

## 3. Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen?

- Wenige Tropfen  
 Spritzer  
 Größere Mengen

## 4. Wie oft verlieren Sie Urin?

- Selten  Häufig  Ständig  
 Tagsüber  Nachts  Tag und Nacht

## 5. Wann sind die Inkontinenzbeschwerden aufgetreten?

- Plötzlich  Allmählich  
 Nach einer Operation  Anderes: \_\_\_\_\_

## 6. Wie wird die Blasenfüllung wahrgenommen?

- Spüren Sie, wenn die Blase voll ist?  Ja  Nein
- Können Sie abschätzen, wie voll die Blase ist?  Ja  Nein
- Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer leeren Blase?  Ja  Nein
- Kommt es zu einem Nachträpfeln nach der Blasenentleerung?  Ja  Nein

## 7. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

- Tröpfelnd  Stotternd  
 Dünner Strahl  Normaler Strahl  
 Gießkannenartig  
 Anders: \_\_\_\_\_

## 8. Leiden Sie unter .....?

- Vermehrtem Harndrang?  
 Häufigen Toilettengängen?  
 Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?  
 Problemen bei der Entleerung der Blase?  
 Drücken Sie nach, um die Blase zu entleeren?  
 Mit den Bauchmuskeln  Mit der Hand  
 Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, die Blase ist nicht leer?

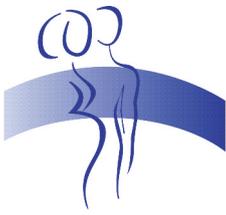
## 9. Wie erleben Sie Ihr Toilettverhalten?

- Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn Sie Harndrang verspüren?  Ja  Nein
- Erreichen Sie trocken die Toilette?  Ja  Nein  
 Manchmal  Selten
- Gehen Sie vorsorglich zur Toilette?  Ja  Nein
- Reduzieren Sie die Trinkmenge, wenn Sie etwas vorhaben?  
 Manchmal  Ja  Nein

## 10. Haben Sie einen allergischen Schnupfen, Husten oder ähnliches?

- Ja, nämlich: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 11: Welche Strategien haben Sie entwickelt, um ein Einnässen zu mildern oder zu verhindern?



## 12. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Welche / Wofür: \_\_\_\_\_

## 13. Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

- >> Tagsüber >> Nachts
- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Häufiger als jede Stunde | <input type="checkbox"/> 0 - 1 mal |
| <input type="checkbox"/> Jede Stunde              | <input type="checkbox"/> 2 mal     |
| <input type="checkbox"/> Alle 2 Stunden           | <input type="checkbox"/> 2 - 4 mal |
| <input type="checkbox"/> Alle 3 Stunden           | <input type="checkbox"/> Öfter     |
| <input type="checkbox"/> Seltener                 |                                    |

## 14. Wie groß ist Ihre Trinkmenge in 24 Stunden?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bis ca. 1 Liter   | <input type="checkbox"/> Ca. 1,5 Liter    |
| <input type="checkbox"/> Ca. 1,5 - 2 Liter | <input type="checkbox"/> Mehr als 2 Liter |
| <input type="checkbox"/> Ca. _____         |   |

## 15. Welche Getränke und wieviel nehmen Sie täglich zu sich?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wasser: _____ ml  | <input type="checkbox"/> Kaffee, Schwarztee: _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Alkohol: _____ ml | <input type="checkbox"/> Kräutertee: _____ ml         |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ ml |   |

## 16. Hatten Sie Operationen? Ja Nein

- Prostataentfernung
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per Bauchschnitt                                 | <input type="checkbox"/> Durch die Harnröhre |
| <input type="checkbox"/> Per Dammschnitt                                  | <input type="checkbox"/> Minimal invasiv     |
| <input type="checkbox"/> Prostataverkleinerung durch die Harnröhre (TURP) |  |
- Leistenbruchoperation
- Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

## 17. Haben Sie weitere Erkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme                 | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                    | <input type="checkbox"/> Krampfadern               |
| <input type="checkbox"/> Blaseninfektionen            | <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierensteine      |
| <input type="checkbox"/> Vorgeschichte als Bettnässer |  |
| <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden            | <input type="checkbox"/> Tragen Sie Schuheinlagen? |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____             |  |

## 18. Benützen Sie tags oder nachts Hilfsmittel?

- |  |                               |                                 |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorlagen: Größe _____         | <input type="checkbox"/> Tags | <input type="checkbox"/> Nachts |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzhose: Größe _____  | <input type="checkbox"/> Tags | <input type="checkbox"/> Nachts |
| <input type="checkbox"/> Kondomurinal                  | <input type="checkbox"/> Tags | <input type="checkbox"/> Nachts |
| <input type="checkbox"/> Katheter                      |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> Einmalkatheter: Wie oft _____ |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                 |                               |                                 |

## 19. Wie funktioniert Ihr Darm, wie ist die Darmgesundheit?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Entleerung         | <input type="checkbox"/> Mit Abführmittel |
| <input type="checkbox"/> Ballaststoffreiche Ernährung   | <input type="checkbox"/> Blähungen        |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung                    | <input type="checkbox"/> Durchfall        |
| <input type="checkbox"/> Unfreiwilliger Windabgang      |   |
| <input type="checkbox"/> Unfreiwilliger Stuhlabgang     |   |
| <input type="checkbox"/> Pressen bei Darmentleerung     | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden     |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen: Welche _____ |   |

## 20. Fragen zur Sexualität

- Ich lebe in einer Partnerschaft
- Ich bin sexuell aktiv  Ja  Nein
- Es kommt zu Erektionen
- Eine Erektion kann gehalten werden
- Ich komme zu einem Orgasmus
- Ich habe Schmerzen beim Verkehr
- Anderes: \_\_\_\_\_

## 21. Bisherige Behandlungen

- Physiotherapie
- Gezielte Beckenbodentherapie  Einzel  In Gruppe
- Elektrostimulation
- Biofeedbacktherapie (Elektromyografie)
- Anderes: \_\_\_\_\_

## 22. Beschreibung der Lebensverhältnisse

### >> Berufliche Situation:

- Langes Sitzen oder Stehen
- Arbeitsstress  Schweres Heben

### >> Private Situation:

- Körperliche Belastungen  Seelische Belastungen
- Pflege von Angehörigen
- Hobbies: \_\_\_\_\_

## 23. Wird Ihr Lebensstil durch die Blase beeinträchtigt?

- Ich erlebe Einschränkungen  Ja  Nein
- Im Berufsleben  Reisen
- Bei Unternehmungen (Kino, Geselligkeiten)
- Sport  Anderes: \_\_\_\_\_

### >> Wie sehr empfinden Sie das als Problem?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte entsprechende Zahl einkreisen.

(Kein Problem >> 0 | Großes Problem >> 10)

## 24. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?