PHYSIO Pelvica®
Konzept der AG GGUP des ZVK e.V.

BernsteinPhysio
Private Physiotherapie
für deinen Beckenboden

Anamnesebogen – Beckenfunktionsstörungen

Vor- und Nachname:_____

Geburtsdatum:_____

Straße, Hausnummer:_____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer:_____

E-Mail-Adresse :_____

Versichert: O Privat O Gesetzlich bei_____

Grund des Besuchs:

Aktuelle Beschwerden / Grund der Vorstellung:

_____

_____

_____

Vorerkrankungen:

_____

Medikamente:

_____

Operationen:

_____

Tätigkeiten:

Aktuelle berufliche Tätigkeit

_____

Aktuelle Hobbys oder Freizeitaktivitäten (die Sie auch gerne wieder ausüben wollen)

_____

Fragen zur Blasenfunktion:

Leiden Sie unter unfreiwilligen *Harnabgang*?: O ja O nein

Wenn ja, wobei? O Husten, Niesen, Lachen, schweres Heben
O Gehen, Aufstehen
O unabhängig von Belastung / Position
O anderes_____

wie oft? O permanent
O täglich
O wöchentlich
O monatlich

Wie viel? O einige Tropfen
O Spritzer
O größere Mengen

Verspüren Sie einen vermehrten *Harndrang*? O ja O nein

Wenn ja, verlieren Sie dann auch Urin? O ja O nein

Gibt es für Sie typische Situationen in denen der Drang entsteht (Tür aufschließen, Toilettendeckel anheben,etc)? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie Hilfsmittel (Vorlagen, Inkontinenzhosen, etc)? O ja O nein

Wenn ja, welche?_____

wie viele am Tag? _____

Wie oft gehen Sie am Tag ungefähr zur Toilette (Urin)?_____

Wie viel Liter trinken Sie am Tag? _____/ Tag

Was trinken Sie? _____

Müssen Sie *nachts* auf Toilette? O ja O nein

Wenn ja, wie häufig?_____

Hatten Sie schon einmal nachts unfreiwillig Harnverlust? O ja O nein

Wie ist Ihr Gefühl beim Wasserlassen?

O normal O schmerzhaft O unvollständig (Restharngefühl) O mit Pressen verbunden

Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beschreiben?

O normal O verzögert O schwach O tröpfelt nach

Haben Sie häufig Harnwegsinfekte? O ja O nein

Wie stark stört Sie das Blasenproblem von einer Skala 0-3?

0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark

Fragen zur Darmfunktion

Haben Sie unfreiwilligen Stuhlabgang? O ja O nein

Haben Sie unfreiwilligen Windabgang (Pupsen)? O ja O nein

Wie oft gehen Sie am Tag zur Toilette (Stuhlgang)? _____/ Tag

Müssen Sie bei der Entleerung pressen? O ja O nein

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? O ja O nein

Neigen Sie zu Verstopfung? O ja O nein

Neigen Sie zu Durchfall? O ja O nein

Wie würden Sie Ihre Stuhlkonsistenz beschreiben?

O weich O sehr hart O geformt O dünn/ breiig O variabel

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Wie sehr stört das Darmproblem von einer Skala 0-3?

0 überhaupt nicht 1 ein wenig 2 ziemlich 3 stark

Fragen zu Geburten und Schwangerschaften

Sind Sie schwanger? O ja O nein

Haben Sie Kinder bekommen? O ja O nein

Wenn ja, wie viele? _____

Geburtsjahr (/-monat) des Kindes: Größe und Gewicht des Kindes:

1. _____ _____
2. _____ _____
3. _____ _____
4. _____ _____

Wie haben Sie entbunden?

O vaginal O Kaiserschnitt/Sectio Länge O Saugglocke/ Zange

Länge/ Verlauf/ Besonderheiten der Geburt:

_____-

_____

_____

Haben Sie eine Peridualanästhesie/PDA bekommen? O ja O nein

Haben Sie Geburtsverletzungen? O ja O nein

Wenn ja, welche?_____

Haben Sie Rückbildungsgymnastik gemacht? O ja O nein

Haben Sie noch eine bestehende Rektusdiastase? O ja O nein

O weiß ich nicht

Fragen zum Vaginalgefühl

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl in der Scheide? O ja O nein

Haben Sie ein Druckgefühl in der Scheide? O ja O nein

Haben Sie ein Druckgefühl am Beckenboden? O ja O nein

Sind Sie sexuell aktiv? O ja O nein

Wenn ja, haben Sie Beschwerden dabei? O ja O nein

Wenn ja, welche? O Schmerzen O mangelnde Feuchtigkeit

O andere:_____

Wie verhüten Sie? O gar nicht O Kondome O Pille

O Hormonspirale O Kupferspirale

Wie ist ihr Vaginalgefühl? O normal O zu eng O zu weit

Wie ist ihr Zyklus? O regelmäßig _____Tage-Zyklus

O unregelmäßig_____

Sind Sie in den Wechseljahre? O ja O nein

Wenn ja, seit wann? _____

haben Sie Beschwerden?_____

_____

Was sind Ihre Erwartungen an die Behandlung und was sind Ihre Ziele?

_____

_____

_____

_____

_____

_____