

Fragenbogen-Urogynäkologie

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Telefon:

Beruf:

Erkrankungen:

Medikamente:

Gynäkologische Eingriffe:

Geburten: *spontan:* *operativ:* *schwerstes Kind:*

Operationen:

Unfälle / Verletzungen:

(z. B. Schädel- oder Wirbelsäulenverletzung, Bandscheibenvorfall)

Gesicherte Erkrankungen:

(z.B. Diabetes, Schlaganfall, Multiple Sklerose u.a.)

Bitte tragen Sie auf der unten stehenden Skala ein, wie stark Sie durch die Beschwerden gestört sind:

„nicht gestört“												„so schlimm wie nur vorstellbar“
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Senkungs-Beschwerden (*Druck-/ Völlegefühl in der Scheide, Schmerz in Leisten*):

Urinverlust:

seit:

stört mich	sehr	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	nicht	<input type="checkbox"/>
bei Husten/Niesen	ja	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
beim Laufen/Treppensteigen	ja	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
im Liegen	ja	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
unabhängig von Belastung	ja	<input type="checkbox"/>			nein	<input type="checkbox"/>
Drang, Wasser lassen zu müssen	ja	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
wenn Drang auftritt, kann er unterdrückt werden	ja	<input type="checkbox"/>			nein	<input type="checkbox"/>
nächtliches Wasserlassen	häufig	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
Menge	Tropfen	<input type="checkbox"/>	Spritzer	<input type="checkbox"/>	Strahl	<input type="checkbox"/>
Blasenfüllung hierbei	gering	<input type="checkbox"/>	voll	<input type="checkbox"/>		
Vorlagenverbrauch pro Tag	1 bis 3	<input type="checkbox"/>	4 bis 6	<input type="checkbox"/>	> 6	<input type="checkbox"/>

Wasserlassen:

Harnstrahl	kräftig	<input type="checkbox"/>	dünn	<input type="checkbox"/>		
Gesamtzeit des Wasserlassens	normal	<input type="checkbox"/>	verlängert	<input type="checkbox"/>		
Pressen erforderlich	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
Blase wird leer	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
Urinfarbe	klar	<input type="checkbox"/>	trüb	<input type="checkbox"/>	blutig	<input type="checkbox"/>

Harnwegsinfekte:

nie selten oft

Stuhlgang:

Erschwerte Stuhlentleerung:

Unwillkürlicher Stuhlverlust:

Hämorrhoidalleiden:

Vorbehandlung:

Medikamentös:

Beckenbodengymnastik:

Operation:

Hormone: