



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszienmodelle - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

Liebe Patienten, wir möchten mehr über Ihre Symptome und deren Auswirkungen auf Ihr Leben erfahren. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Wenn Sie Fragen zu diesem Fragebogen haben, können Sie diese dann direkt in der Physiotherapeutischen Behandlung stellen.

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation.

### **Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Befinden in den vergangenen VIER Wochen**

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Gewicht:  Größe:

Diagnose:

#### **1. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?**

Ja  Nein

#### **2. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?**

Beim Husten  Beim Niesen  Beim Lachen  Beim Hüpfen  
 Beim Sport  Im Liegen  Bei Aufregung  Beim Treppen steigen  
 Beim Aufstehen vom Sitzen  Beim Aufstehen vom Liegen

Bei anderen Aktivitäten:

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

Einige Tropfen  Spritzer  Größere Mengen

#### **4. Wie oft verlieren Sie Urin?**

Selten  Häufig  Dauernd  
 Täglich  Nachts

#### **5. Seit wann haben Sie diese Inkontinenzbeschwerden?**

#### **6. Haben Sie einen allergischen Schnupfen?**

Nein  Ja, welchen:



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszien distortionsmodell - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

### 7. Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

Tagsüber	Nachts
<input type="checkbox"/> Häufiger als stündlich	<input type="checkbox"/> 0-1 mal
<input type="checkbox"/> Alle 2 Stunden	<input type="checkbox"/> 2 mal
<input type="checkbox"/> Alle 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 2-4 mal
<input type="checkbox"/> Seltener	<input type="checkbox"/> Öfters

### 8. Trifft folgendes auf Sie zu?

- Probleme bei der Entleerung der Blase?
- Drücken Sie nach, um die Blase zu entleeren?
- Haben Sie das Gefühl, die Blase ist nach dem Wasserlassen nicht leer?
- Vermehrtem Harndrang?
- Häufigen Toilettengängen?
- Erreichen Sie "trocken" die Toilette?
- Spüren Sie Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?
- Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn Sie Harndrang verspüren?
- Gehen Sie vorsorglich zur Toilette?
- Reduzieren Sie die Trinkmenge, wenn Sie Harndrang verspüren?
- Kennen Sie ein Schweregefühl nach unten?
- Blasen- oder Nierensteine?

### 9. Hatten Sie Schwangerschaften?

- Nein       Ja, wie viele:       Wann:

### 10. Wenn ja, Angaben zur Geburt:

- Wie viele:       Geburtsdaten:
- Mehrlingsgeburten       Kinder über 4000g Geburtsgewicht       Kaiserschnitt
- Sauglockengeburt       PDA (Rückenmarksnarkose)       Dammriss/-schnitt
- Länge der letzten Geburtsphase:



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszienmodelle - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

### 11. Sind Sie in der Menopause, wenn ja, leiden Sie dabei unter:

Hitzewallungen     Unruhe     Herzrasen     Ich habe noch meine Periode

Hormonpräparate, welche?

### 12. Anamnese chirurgische Eingriffe:

Gebärmutter     Blase     Scheide     Darm     Blinddarm     Bruchoperation

Gallen OP     Bauchspiegelung     Sonstige:

### 13. Benützen Sie tags oder nachts Hilfsmittel

Vorlagen: Größe:      tags     nachts

Inkontinenzhose: Größe      tags     nachts

Katheter     Einmalkatheter: wie oft:      Dauerkatheter

### 14. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen

Tröpfelnd     Dünner Strahl     Stotternd     Gießkannenartig     Normaler Strahl

Anders:

### 15. Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

Ja     Nein

### 16. Darmfunktion

Regelmäßige Entleerung     Unfreiwilliger Wind- und Stuhlabgang     Blähungen     Durchfall

Pressen bei Darmentleerung     Obstipation (Verstopfung)     Hämorrhoiden     Darmerkrankung

Rectocele (Aussackung des Darmes)     Abführmittel     Ballaststoffreiche Ernährung

### 17. Wie ist Ihr Trinkverhalten?

Wie viel trinken Sie pro Tag? ca.  ml

### 18. Wie ist Ihr Essverhalten?

Ballaststoffreich     Ballaststoffarm     Vegetarisch     Vegan     Laktosefrei

Nahrungsmittelunverträglichkeit     Beachte ich nicht weiter

Weiß ich nicht genau



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszien distortionsmodell - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

### 19. Fragen zur Sexualität

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

### 20. Bisherige Behandlung

- Physiotherapie    Beckenbodentherapie    Elektro- oder Biofeedbacktherapie
- Pessartherapie    Andere

### 21. Beschreibung der Lebensverhältnisse

Berufliche Situation

Private Situation

- Langes Sitzen oder Stehen
- Arbeitsstress
- Schweres Heben

- Körperliche Belastungen
- Seelische Belastung
- Pflege von Angehörigen
- Hobbies

#### Wird Ihr Lebensstil durch die Beschwerden beeinträchtigt?

- Unternehmungen (Theater, Geselligkeit)    Reisen    Sport

### 22. Welchen weiteren Belastungen sind sie ausgesetzt?

- Körperlich: Schweres Heben, Gartenarbeit, Pflege eines Angehörigen, oder?

- Seelisch: Welche?

### 23. Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig?



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszienmodelle - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

### 24. Leiden Sie unter Schmerzen?

Ja  Nein

### 25. Wenn ja, seit wann bestehen die Schmerzen?

weniger als 1 Monat  1 Monat bis 1/2 Jahr  1/2 Jahr bis 1 Jahr

1 bis 2 Jahre  2 bis 5 Jahre  mehr als 5 Jahre

### 26. Wie oft treten die Schmerzen durchschnittlich auf?

seltener  einmal täglich  mehrfach täglich

einmal wöchentlich  mehrfach wöchentlich  einmal monatlich  mehrfach monatlich

### 27. Wie lange dauern Ihre Schmerzen im Durchschnitt?

Sekunden  Minuten  Stunden  bis zu 3 Tagen  länger als 3 Tage

### 28. Wenn Sie Schmerzen oberhalb des Bauchnabels haben

a. Treten die Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme auf?  Ja  Nein

b. Gehen die Schmerzen mit einem Völlegefühl/Magendruck einher?  Ja  Nein

c. Gehen die Schmerzen mit Übelkeit oder Erbrechen einher?  Ja  Nein

d. Gehen die Schmerzen mit dem Gefühl von (Sod-)brennen einher?  Ja  Nein

e. Gehen die Schmerzen mit einem vorzeitigen Sättigungsgefühl einher?  Ja  Nein

### 29. Wenn Sie Schmerzen unterhalb des Bauchnabels haben:

a. Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit Stuhlgang auf?  Ja  Nein

b. Gehen die Schmerzen mit Durchfall (flüssiger und/oder sehr häufiger Stuhlgang) einher?  Ja  Nein

c. Treten die Schmerzen eher im Zusammenhang mit Blähungen oder einem aufgeblähten Bauch auf?  Ja  Nein

d. Gehen die Schmerzen mit Verstopfung (harter und/oder sehr seltener Stuhlgang) einher?  Ja  Nein

e. Ist der Stuhlgang von dem Gefühl begleitet nicht ganz entleert zu sein?  Ja  Nein

f. Ist der Stuhlgang manchmal auch blutig?  Ja  Nein



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faszienmodelle - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

### 30. Wenn Sie Schmerzen im Bereich der Geschlechtsorgane oder in der Blasenregion haben:

- a. Treten die Schmerzen eher im inneren Bereich der Scheide auf?  Ja  Nein
- b. Treten die Schmerzen eher im äußeren Bereich der Scheide auf?  Ja  Nein
- c. Treten die Schmerzen eher bei gefüllter Blase auf?  Ja  Nein
- d. Treten die Schmerzen eher beim Wasserlassen/Urinieren auf?  Ja  Nein
- e. Sind die Schmerzen begleitet von Blut im Urin?  Ja  Nein
- f. Sind die Schmerzen begleitet von Eiter im Urin?  Ja  Nein
- g. Gehen die Schmerzen einher mit (übelriechendem) Ausfluss aus der Scheide?  Ja  Nein
- h. Treten die Schmerzen eher vor der Monatsblutung auf?  Ja  Nein
- i. Treten die Schmerzen während der Monatsblutung auf?  Ja  Nein
- j. Treten die Schmerzen bei Verwendung von Hygieneprodukten (z. B. Tampons) auf?  Ja  Nein
- k. Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten/Geschlechtsverkehr auf?  Ja  Nein

### 31. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situationen werden die Schmerzen verstärkt?

### 32. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situation werden die Schmerzen gelindert?



# Anja Stegmaier

## Praxis für Physiotherapie

- Krankengymnastik - Manuelle Lymphdrainage - Physio Pelvica - Manuelle Therapie -  
- FDM – Faziendistorsionsmodell - Klassische Massage - Schmerztherapie - Fußreflextherapie - Schroth-Therapie -

---

### 33. Nehmen Sie Medikamente?

Nein

Ja, welche?

### 34. Haben Sie andere Erkrankungen?

Diabetes

Herzprobleme

Krebs

Blaseninfektionen

Vorgeschichte als Bettnässer

Sonstige:

### 35. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung

### Bemerkungen: