



## Anamnesebogen

Dieser Fragebogen dient dazu, das Beckenbodentraining auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.  
Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Größe: ..... cm

Gewicht: ..... kg

Beruf: .....

Tagesablauf (Sitzen, Gehen, Stehen, Heben): .....

.....

.....

Diagnose: .....

Beschwerdebild (Was genau, seit wann, abhängig von Tageszeit oder Zyklus): .....

.....

.....

.....

## Allgemeiner Fragebogen

**JA      NEIN**

- Leiden Sie unter Inkontinenz? Gibt es einen ärztlichen Befund oder Diagnose?
- Belastungsinkontinenz       Dranginkontinenz       Überlaufinkontinenz
- Hormonell bedingte Inkontinenz       Blasenschwäche       Stuhlinkontinenz
- andere: .....
- Wurde die Inkontinenz therapiert? Wie? .....
- Haben Sie schon ein Beckenbodentraining absolviert?  mit Erfolg       ohne Erfolg
- Haben Sie eine schwache Blase? Sind Sie leicht erkältet?
- Haben Sie häufig Blasenentzündungen/ gehabt?
- Haben sich Unterleibsorgane bereits gesenkt? Welche? .....

**JA**      **NEIN**

       Leiden Sie unter Rückenschmerzen?  manchmal     häufig  
Gibt es dazu einen ärztlichen Befund? Diagnose .....

       Haben Sie Knieprobleme?  manchmal     häufig  
Gibt es dazu einen ärztlichen Befund? Diagnose .....

       Haben Sie Hüftprobleme?  manchmal     häufig  
Gibt es dazu einen ärztlichen Befund? Diagnose .....

       Leiden Sie unter einer Deformation der Füße?  
Gibt es dazu einen ärztlichen Befund? Diagnose .....

       Erlitten Sie je einen Organbruch, Leistenbruch, Prolaps?  
Gibt es dazu einen ärztlichen Befund? Diagnose .....

       Hatten Sie eine Unterleibsoperation?  
Was wurde operiert und in welchem Jahr? .....

       Sind Sie oder waren Sie schwanger?.....

       Haben Sie Kinder? Wie viele? Wie groß/ Wie schwer bei der Geburt?  
.....

       Hatten Sie Dammschnitte? Wie viele? .....

       Hatten Sie Kaiserschnitte? Wie viele? .....

       Leiden Sie unter Hämorrhoiden?

       Haben Sie andere Beschwerden im Analbereich (z.B. Fissuren, Fisteln)?

       Leiden Sie an Diabetes mellitus?

       Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wofür? .....

       Leiden Sie unter schwachem Bindegewebe/ Cellulite?

       Betreiben Sie Sport oder Gymnastik?  regelmäßig     selten     nie  
Welche Arten? .....

Aktueller Zustand? .....

Ziel? .....

# Spezifischer Fragebogen

## Blasenfunktion

<p>1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tag?</p> <input type="checkbox"/> 0- 7x <input type="checkbox"/> 7-10x <input type="checkbox"/> 10-15x <input type="checkbox"/> mehr als 15x	<p>2. Wie häufig müssen Sie nachts zur Toilette?</p> <input type="checkbox"/> 0-1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> mehr als 3x
<p>3. Verlieren Sie Urin während des Schlafs?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> täglich	<p>4. Ist der Harndrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer
<p>5. Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>6. Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder Sport?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer
<p>7. Tragen Sie Vorlagen oder Binden?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>8. Schränken Sie Ihre Trinkmenge wegen des Harndrangs/ Urinverlustes ein?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>9. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>10. Wie sehr stört Sie Ihr Blasenproblem?</p> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> sehr

## Darmfunktion

<p>1. Wie häufig haben Sie Stuhlgang pro Woche?</p> <input type="checkbox"/> weniger als 1x <input type="checkbox"/> weniger als 3x <input type="checkbox"/> mehr als 3x oder täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<p>2. Wie ist die Konsistenz?</p> <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> flüssig/ breiig <input type="checkbox"/> verschieden
<p>3. Müssen Sie stark pressen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>4. Nehmen Sie Abführmittel?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer
<p>5. Leiden Sie unter Verstopfung?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>6. Entweichen Ihnen Winde oder Blähungen ungewollt?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer
<p>7. Ist der Stuhldrang so stark, dass Sie sofort zur Toilette eilen müssen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>8. Verlieren Sie Stuhl, bevor Sie die Toilette erreichen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer
<p>9. Müssen Sie die Darmentleerung mit Fingerdruck unterstützen?</p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig- immer	<p>10. Wie sehr stört Sie Ihr Darmproblem?</p> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> sehr