

Fragebogen Blasenbeschwerden bei der Frau

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig durchzulesen und zu beantworten. Wenn möglich senden Sie uns das Formular vorgängig per E-Mail an zun-bern@hin.ch zu oder bringen es zum Sprechstundentermin mit. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

Grösse: cm Gewicht: kg

1. Wieviel trinken Sie etwa pro Tag?
2. Wie oft haben Sie Blasenentzündungen: / Jahr
3. Hat man schon Bakterien nachgewiesen, z. B. E. Coli? ja nein
Wenn ja, welche:
4. Gab es bereits Resistenzen gegen Antibiotika? ja nein
Wenn ja, welche:
5. Wann war die letzte Gynäkologische Untersuchung?
6. Hatten Sie bereits Operationen im Genitalbereich/Harntrakt oder gynäkologische Operationen?
Wenn ja, was, wann, wo: ja nein
.....
7. Gibt es eine bekannte Blasensenkung? ja nein
8. Haben Sie andere Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche:
.....
9. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche:
.....
10. Wie häufig gehen Sie tagsüber (ca.) zur Toilette? mal
11. Verspüren Sie jeweils einen starken Harndrang? ja nein
12. Können Sie auf dem Weg zur Toilette den Urin zurückhalten? ja nein
13. Müssen Sie nachts zur Toilette?
 Ja, und zwar mindestens mal
 Ich erwache, weil ich starken Harndrang habe.
 Ich kann schlecht schlafen, und gehe zur Toilette, weil ich wach bin.
 Nein, ich kann durchschlafen.
14. Harnblasenentleerung
 Ich habe das Gefühl die Blase wird nicht leer.
 Mein Harnstrahl ist schwach, nicht mehr so kräftig wie früher.
 Ich muss beim Wasserlassen stark pressen

15. Verlieren Sie ungewollt Urin? ja nein
 Wenn ja, in welchen Situationen: (Nein, dann können Sie direkt zu Frage Nr. 15)
- beim Husten, Niesen und Lachen
 - wenn ich schwer hebe
 - auch im Liegen
 - während des Schlafens
 - wenn ich es nicht rechtzeitig zur Toilette schaffe
 - ich verspüre starken Harndrang und verliere kurz darauf den Urin
 - nach dem Wasserlassen
 - ständiger Urinverlust
 - ich brauche Einlagen, und zwar Stück am Tag.
- Wie viel Urin verlieren Sie Ihrer Meinung nach?
- Eine kleine Menge Urin
 - Eine mittlere Menge Urin
 - Eine grosse Menge Urin
16. Haben Sie schon mal Blut im Urin gesehen? ja nein
17. Haben Sie bereits Medikamente für die Blase eingenommen? ja nein
 Wenn ja, welche:
- Gab es unter den Medikamenten Nebenwirkungen? ja nein
- Hat sich die Situation durch das Blasenmedikament verändert? ja nein
18. Haben Sie bereits Beckenboden-Physiotherapie gemacht? ja nein
19. Stuhlgang:
- Ich habe keine Probleme beim Stuhlgang.
 - Ich habe Probleme, und zwar:
20. Haben Sie Probleme/Schmerzen/Missempfindungen beim Geschlechtsverkehr? ja nein
 Wenn ja, was:

21. Bitte die zutreffenden Aussagen ankreuzen:
- Ich habe bereits Kinder geboren, Anzahl:
 - Ich hatte einen Kaiserschnitt, Anzahl:
 - Ich habe keine Kinder geboren.
 - Ich hatte einen Tumor der Brust.
 - Ich hatte einen Tumor der Gebärmutter.
 - Ich hatte bereits eine Thrombose.
 - Ich hatte ausgeprägte Wechseljahresbeschwerden.
 - Ich habe bereits Medikamente mit Östrogen/weiblichen Hormonen (Pillen, Salben, Zäpfchen) verschrieben bekommen.