



BeckenbodenSchule Frauen

Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: privat _____ beruflich _____
mobil _____ E-Mail _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____ Arzt/Ärztin: _____

Kursleiter(in): _____ Kurszeitraum: _____

Sozialanamnese

Berufliche Situation

- Arbeitsstress: normal sehr stark körperlich psychisch
- einseitige Körperhaltung: langes Sitzen langes Stehen
- schweres Heben: ja nein

Private Situation

Außergewöhnliche Belastungen? Zum Beispiel

- Pflege eines Angehörigen? ja nein
- Gartenarbeit? ja nein
- Sonstige? _____
- _____
- _____

Sport? ja nein Welche Sportarten? Wie oft?



Anamnese

Schwangerschaft(en) und Geburt(en)

Haben Sie Kinder geboren?

nein 1 2 3 4 mehr _____

Geburtsjahr(e) _____

Kinder über 4000g: _____

Hatten Sie Mehrlingsgeburten? ja _____ nein

Geburt(en) durch Kaiserschnitt? Saugglocke? Zange?

Zyklus/Menopause

Haben sie Ihre Periode noch? nein ja

Beginn der Menopause – im Alter von? _____ Jahren

Nehmen Sie Hormonpräparate? nein ja

Nehmen Sie andere Medikamente? nein ja Art/Dosierung? _____

Chronische Erkrankungen

Leiden Sie unter Allergien/chron. Erkrankungen der Atemwege? nein

ja welche? _____

verbunden mit häufigem: Husten Niesen

Leiden Sie unter anderen chronischen Erkrankungen? Zum Beispiel

neurologischen internistischen orthopädischen

- Welche? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? (Art/Dosierung)

Haben Sie Bewegungseinschränkungen?

Künstliche Gelenke? Welche? _____

Wirbelsäule: _____

Sonstige: _____



Fragen zur Kontinenzfähigkeit

Wird ungewollt Urin verloren?

nein selten öfter täglich dauernd nachts

Wie groß sind die Urinmengen, die ungewollt abgehen?

einige Tropfen Spritzer größere Mengen

Bei welcher Gelegenheit verlieren Sie ungewollt Urin?

Husten Niesen Lachen Stolpern Sport

Treppab Gehen Bergab Gehen Bücken Heben von Lasten

Aufstehen vom Sitzen Aufstehen vom Liegen ohne jeden Anlass

Sonstige Situationen: _____

Kommen Sie morgens/nachts trocken zur Toilette? ja nein

Wie oft entleeren Sie Ihre Blase? tags _____ x nachts _____ x

Zeitabstand zwischen zwei Entleerungen? ca. _____ Stunden/Minuten

Tritt plötzlicher, kaum unterdrückbarer Harndrang auf?

nein ja am Tag in der Nacht

Müssen Sie sofort zur Toilette, wenn Sie Harndrang verspüren?

ja, sofort möglichst bald kann auch länger warten

manchmal/oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig

Reduzieren Sie bewusst Ihre Trinkmenge, wenn Sie längere Zeit außer Haus sein müssen?

ja nein

Gehen Sie vorsorglich zur Toilette, bevor Sie das Haus verlassen?

nein ja, immer ja, meistens ja, gelegentlich

Wissen Sie, wo es in der Stadt „saubere“ Toiletten gibt?

nein ja Haben Sie „Stammlöcher“? ja nein

Kennen Sie das Phänomen „Haustürdrang“? ja nein

Schutzvorlagen

Benutzen Sie schützende Vorlagen? nein

ja tags nachts Welche? _____

Wie viele Vorlagen benötigen Sie? pro Tag _____ pro Nacht _____



Haben Sie Erfahrungen mit konservativen Behandlungsmethoden für den Beckenboden?

Präventions-Kurs: nein ja wo? _____

welches Konzept? _____

Physiotherapie: nein ja welches Konzept? _____

welche Erfahrungen? _____

Femkonen: nein ja

welche Erfahrungen? _____

Pessare: nein ja

welche Erfahrungen? _____

Elektrostimulation/Biofeedback: nein ja

welche Erfahrungen? _____

Sonstiges: _____

welche Erfahrungen? _____

Kennen Sie bereits Übungen für den Beckenboden? nein ja

Nennen Sie ein oder zwei Übungen:

Sonstige Anmerkungen



Was erwarten Sie von diesem Kurs?

Ort, Datum

TeilnehmerIn

KursleiterIn