

- Bitte gut lesbar ausfüllen –

Anschrift:

Alter: _____ Beruf: _____

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

| | |
|------------------|---------------|
| Festnetz Privat: | Mobil Privat: |
|------------------|---------------|

| | |
|------------------|---------------|
| Festnetz Arbeit: | Mobil Arbeit: |
|------------------|---------------|

| | |
|----------------|----------------|
| E-Mail Privat: | E-Mail Arbeit: |
|----------------|----------------|

Hausarzt/-Ärztin: _____ Krankenkasse: _____

Name Kursleiter(in): _____ Kurszeitraum: _____

– Arbeitsstress körperlich: Normal ☐ Sehr stark ☐
psychisch: Normal ☐ Sehr stark ☐

– Einseitige Körperhaltung: Langes Sitzen ☐ Langes Stehen ☐

– Schweres Heben: Nein ☐ Ja ☐

Langes Sitzen ☐ Langes Stehen ☐ Schweres Heben ☐

- Pflege eines Angehörigen? Nein ☐ Ja ☐

- Gartenarbeit? Nein ☐ Ja ☐

- Andere?

Sport? Nein ☐ Ja ☐ Sportart(en)? Häufigkeit?

Blasen-/Harnröhrentzündungen? Nein ☐ Ja ☐ _____

Erkrankung der Niere/Blase? Nein ☐ Ja ☐ _____

Erkrankung der Prostata? Nein ☐ Ja ☐ _____

Andere: _____

Entfernung gutartigen Prostatagewebes? Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Entfernung der Prostata? Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Andere: _____

Katheterisierung der Harnröhre Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

- Wie lange lag der Katheter postoperativ? _____
- Wie war die Kontinenzfähigkeit nach der Entfernung des Katheters? _____

Zuverlässig ☐ Vorübergehend labil (wie lange) ☐ Seither labil ☐

Nehmen Sie Medikamente? Nein ☐ Ja ☐ Welche? (Präparat/Dosierung)

Erhielten oder erhalten Sie Bestrahlungen? Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Neurologische E. ☐ Internistische E. ☐ Orthopädische E. ☐ Andere ☐

- Welche? _____

Ja ☐ Welche? _____

Verbunden mit häufigem: Husten ☐ Niesen ☐

Hüft- und/oder Kniegelenke: _____

Wirbelsäule: _____

Andere: _____

Neurologische OP ☐ Internistische OP ☐ Orthopädische OP ☐ Andere ☐

- Welche?

Trinkgewohnheiten

Wie viel trinken Sie etwa pro Tag? _____

Welche Getränke bevorzugen Sie?

Wasser still ☐ Wasser medium ☐ Wasser classic ☐

Fruchtsäfte ☐ Sorten: _____

Limonaden ☐ Sorten: _____

Tee ☐ Sorten: _____ Kaffee ☐

Alkohol ☐ Art/Menge/Häufigkeit: _____

Andere: _____

Wie verteilen Sie Ihre Trinkmenge über den Tag?

Gleichmäßig ☐ Mehr vormittags ☐ Mehr nachmittags ☐ Mehr abends ☐

Auch nachts ☐ Wie oft/ wie viel? _____

Entleerungsverhalten

Wie oft entleeren Sie Ihre Blase? Tags _____ x Nachts _____ x

Zeitabstand zwischen zwei Blasenentleerungen ? Ca. alle _____ Stunden/Minuten

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

Nein ☐ Ja ☐ _____

Entleeren Sie vorsorglich die Blase, bevor Sie das Haus verlassen?

Nein ☐ Ja, gelegentlich ☐ Ja, meistens ☐ Ja, immer ☐

Ist Ihnen bekannt, wo in der Stadt es „saubere“ Toiletten gibt? Nein ☐

Ja ☐ Haben Sie „Stammlokale“? Nein ☐ Ja ☐ _____

Müssen Sie bei der Darmentleerung länger pressen? Nein ☐ Ja ☐

- Leiden Sie regelmäßig unter Verstopfung? Nein ☐ Ja ☐

Kontinenzfähigkeit bei Belastung

Verlieren Sie ungewollt Urin (U), Wind (W) oder Stuhl (St)? Zum Beispiel beim ...

Husten ☐ _____ Niesen ☐ _____ Lachen ☐ _____ Stolpern ☐ _____

Sport ☐ _____ Treppab Gehen ☐ _____ Bergab Gehen ☐ _____

Bücken ☐ _____ Heben von Lasten ☐ _____ Aufstehen vom Sitzen ☐ _____

Aufstehen vom Liegen ☐ _____ Ohne jeden Anlass ☐ _____ Andere ☐ _____

Welche? _____

Wie häufig verlieren Sie bei Belastung ungewollt Urin (U), Wind (W) oder Stuhl (St)?

Nie ☐ _____ Selten ☐ _____ Öfters ☐ _____ Täglich ☐ _____ Dauernd ☐ _____ Nachts ☐ _____

Wie groß sind die Urinmengen, die ggf. ungewollt abgehen?

Einige Tropfen ☐ Spritzer ☐ Größere Mengen ☐ Große Mengen ☐

Wie groß sind die Stuhlmengen, die ggf. ungewollt abgehen?

Kleine Mengen ☐ Größere Mengen ☐ Große Mengen ☐

Kommen Sie morgens (m) /nachts (n) trocken zur Toilette?

Nie ☐ Selten ☐ _____ Öfters ☐ _____ Täglich ☐ _____ Dauernd ☐ _____ Nachts ☐ _____

Kontinenzfähigkeit bei Harndrang und/oder Wind- und/oder Stuhldrang

Tritt plötzlicher, kaum unterdrückbarer Drang (U/W/St) auf? Nein ☐

Ja ☐ Am Tag ☐ _____ In der Nacht ☐ _____

Gibt es Drangauslöser (U/St)? Bsp: Anblick der Haustüre, Wassengeräusche o.ä. Nein ☐

Ja ☐ Welche? _____

Müssen Sie unmittelbar zur Toilette, sobald Sie Drang (U/St) verspüren?

Ja, sofort ☐ Baldmöglich ☐ Ich kann auch länger warten ☐

Ich erreiche die Toilette nicht mehr rechtzeitig: Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐

Verwendung von Vorlagen

Benutzen Sie schützende Vorlagen? Nein ☐ Ja ☐

Tags ☐ Welche/ Größe? _____

Nachts ☐ Welche/ Größe? _____

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

Haben Sie Erfahrungen mit konservativen Behandlungsmethoden für den Beckenboden?

Präventions-Kurs: Nein ☐ Ja ☐ Welches Konzept? _____

Physiotherapie: Nein ☐ Ja ☐ Welches Konzept? _____

Welche Erfahrungen? _____

Elektrostimulation/Biofeedback: Nein ☐ Ja ☐ Erfahrungen? _____

Andere: _____

Welche Erfahrungen? _____

Kennen Sie bereits Übungen für den Beckenboden/die Verschlussmuskulatur?

Nein ☐ Ja ☐ Nennen/Beschreiben Sie ein oder zwei Übungen:

Was erwarten Sie von diesem Kurs?

Ort, Datum

Teilnehmer

KursleiterIn