



## 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, Wassergeräusche 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? \_\_\_\_\_

Femkonen: Nein  Ja  Erfahrungen? \_\_\_\_\_

Pessare: Nein  Ja  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

TeilnehmerIn

KursleiterIn