

Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasen- und Darmfunktionsstörungen

(Jugendliche)



Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

Datum:

Name:

Alter:

Schule/Ausbildung:

Diagnose:

Überweisender Arzt:

Probleme, die Blase betreffend, tagsüber:

1. Seit wann hast du diese Probleme mit der Blase?

Plötzlich, evtl. auslösendes Ereignis

Allmählich, zunehmend seit

Schon immer

2. Wie oft gehst du in 24 Stunden ungefähr zur Toilette?

>> Tagsüber

>> Nachts

3. Wieviel trinkst du täglich?

4. Verlierst du unfreiwillig Urin?

Nein (Bitte weiter mit Frage 10)

Ja

5. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

Nachts

Bei Harndrang

Sport wie:

Husten, Niesen

Lachen

Ohne jeden Anlass

Anderes:

6. Wie oft verlierst du Urin?

Jeden Monat

Jede Woche

Jeden Tag

permanent

7. Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen?

Einige Tropfen

Spritzer

Größere Mengen

8. Benutzt du Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

Slipereinlagen pro Tag

Vorlagen: Größe

Tags

Nachts

Inkontinenzhose: Größe

Tags

Nachts

9. Gibt es Strategien, die dir helfen, den Urinverlust zu reduzieren?

10. Welche Aussagen treffen für dich zu?

Ich...

... war schon mal trocken für min. 6 Monate im Alter von Jahren.

... spüre, wenn meine Blase voll ist.

... presse, um meine Blase zu entleeren.

... beeile mich auf der Toilette.

... habe das Gefühl, dass sich meine Blase nicht vollständig entleert.

... habe häufigen Harndrang.

... kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.

... erreiche die Toilette nicht immer trocken.

... gehe häufig vorsorglich zur Toilette.

... vermeide oft, zur Toilette zu gehen.

... reduziere die Trinkmenge, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden.

... habe Schmerzen beim Wasserlassen.

... habe häufig Harnwegsinfektionen.

... habe einen Druck/ein Schweregefühl im Becken.

... habe ein Fremdkörpergefühl in meiner Vagina.

... habe häufig Schmerzen im unteren Rücken.

... spüre, wenn ich Urin verliere.

11. Wie würdest du deinen Harnstrahl beurteilen?

Schwach

Verzögert

Tröpfelt nach

Normal

Probleme, die Blase betreffend, nachts:

12. Gab es schon mal eine Zeit, in der es kein Einnässen gab?

Ja

Nein

13. Wachst du manchmal wegen Harndrang auf?

Ja

Nein

14. Bist du schwer erweckbar?

Ja

Nein

15. Schnarchst du oder hast du Atemaussetzer?

Ja Nein

16. Knirschst du mit den Zähnen?

Ja Nein

17. Wie verläuft dein Zyklus?

Ich habe meine Periode regelmäßig unregelmäßig
Ich habe keine Periode Ich habe Schmerzen beim Zyklus

18. Wurdest du in deiner Bauch- und Beckenregion bereits operiert?

19. Hast du andere Erkrankungen?

Atemwegserkrankungen Diabetes
Herzprobleme Krebs
psychische Erkrankungen
Sonstiges:

20. Nimmst du regelmäßig Medikamente?

Nein
Ja, nämlich

Fragen zur Darmfunktion:

21. Welche Aussagen treffen auf Dich zu?

Ich...

... entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl.
... Konsistenz: flüssig weich geformt fest
... habe eine Darmerkrankung:

... habe häufig Durchfall.
... presse bei der Stuhlentleerung.
... habe häufig Verstopfung.
... habe häufig Blähungen.
... kann Winde nicht sicher zurückhalten.
... verliere Stuhl.
... habe Hämorrhoiden.

22. Was hast du bisher gegen die Verstopfung/den Durchfall unternommen?

23. Hast du Fragen zur Sexualität?

24. Bisherige Behandlungen:

Allgemeine Physiotherapie
Spezielle Beckenbodentherapie
Elektro- oder Biofeedbacktherapie
Andere:

25. Beschreibung der Lebensverhältnisse:

>> Schule/Ausbildung

Langes Sitzen
Stehen
Schwere körperliche Arbeit
Hohe Stressbelastung
Andere:

>> Private Situation

Körperliche Belastungen
Seelische Belastungen
Sport:

26. Verschlimmern sich deine Beschwerden bei Stress?

Ja Nein

27. Was hilft dir, wenn du gestresst bist?

28. Was wird in deinem Leben am meisten belastet durch deine Beschwerden?

Schule/Ausbildung
Familienleben
Beziehung zu Freund/in
Freundschaften
Unternehmungen

29. Wie sehr leidest du unter den hier angegebenen Symptomen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Kein Problem 0.....10 ein großes Problem)

30. Beschreibe dein Problem mit eigenen Worten:

**31. Was sind deine Stärken?
Was kannst du besonders gut?**

32. Was ist dein Ziel für die Behandlung?