



elizib – Zentrum für  
Inkontinenz und Beckenboden

Leitung: OÄ Dr. Elisabeth Murhammer, MSc  
Telefon: +43-(0)732-7676-3940  
Fax: +43-(0)732-7676-3946  
E-Mail: elizib@elisabethinen.or.at  
Datum: 21.05.2014

## Anamneseblatt - Harn

NAME

Datum

### Verlieren Sie Harn?

- Beim Husten
  - Niesen
  - Heben
  - Tragen
  - Laufen
  - Lachen
  - Gehen
  - tropfenweise       strahlförmig
  - In Ruhe               im Sitzen
  - Sonstiges (*bitte unten anführen!*)       Beim Aufstehen
- .....
- .....

### Bei Harndrang müssen sie

- sofort zur Toilette
- nein

### Harnverlust

- ja
- nein

### Sie können den Harn halten?

- Ja                       nein
- weniger als 5 min       länger als 5 Minuten

### Haben sie Schmerzen beim Harnlassen?

- nein
- während
- vor
- nach dem Harnlassen

### Verwenden sie Vorlagen:

- keine
- ja ..... /Tag
- welche: .....

Wie oft müssen sie in der Nacht aufstehen .....x/ Nacht

Verlieren sie unwillkürlich Harn in der Nacht

- ja  nein

Haben sie Startschwierigkeiten beim Harnlassen

- ja  nein

Ist der Harnstrahl abgeschwächt

- ja  nein

Kommt es zum Nachträufeln

- ja  nein

Haben sie sensible Störungen /Gefühlsstörungen beim Reinigen nach dem Stuhlgang oder nach dem Harnlassen

- ja  nein

Der Stuhlgang ist

- regelmäßig  unregelmäßig

- < 3x/Woche  
 > 3x/Woche

Stuhlkonsistenz:

- hart  mittel /normal  weich  Durchfall  wechselnd

Nehmen sie Abführmittel

- ja, welche:.....  
 nein

Müssen sie Pressen:

- ja  nein  immer  manchmal

Haben Sie Blähungen?

- ja  nein  gelegentlich

Haben sie Schmerzen beim Stuhlgang?

- ja  nein

Haben sie ein Völlegefühl

- ja  nein

Kommt es zum unwillkürlichem Abgang von Winden?

- ja  nein  
 mit Beimengungen  ohne Beimengungen

Essen sie regelmäßig

- ja  nein

Sind Nahrungsmittelallergien/ Nahrungsmittel Unverträglichkeiten bekannt?

- nein  
 ja  getestet  nicht getestet

Erlitten sie Gewichtsverlust in der letzten Zeit:

- ja  nein

## Haben sie das Gefühl, dass

- die Blase nach dem Harnlassen leer ist  
 ja       nein
- der Enddarm nach dem Stuhlgang leer ist  
 ja       nein

## Haben Sie Schmerzen:

- Beim Geschlechtsverkehr     ja     nein
- Im Bauch                       ja     nein
- Im Becken                     ja     nein
- Sonst:.....

## FÜR FRAUEN

Wie viele **Schwangerschaften/ Geburten** hatten sie: ...../.....

Betrag das Geburtsgewicht >4000g?     ja       nein

Entbindungsart:

- „normal“                       Zangengeburt/ Saugglocke       Sectio/Kaiserschnitt

Episiotomie/Dammschnitt:.....

## Bisherige Operationen

Gynäkologisch: was:

Urologisch: was:

Chirurgisch (Bauchraum):was:

.....  
.....

wann:

wann:

wann

## Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt

### Entzündliche Darmerkrankungen

- Fistel
- Hämorrhoiden
- Fissuren
- Keine

### Erlitten sie Trauma/Verletzung:

- Ja: .....

### Sonstige Erkrankungen:

- Atemwegserkrankung
- hoher Blutdruck
- Herzerkrankung
- akute/chron. Wirbelsäulenschmerzen
- Adipositas
- rezidiv. Harnwegsinfekte
- Hypermobilität
- vermehrter Alkoholgenuss

- Nikotin
- Malignom/bösartige Erkrankung: Chemotherapie, Radiatio/Bestrahlung
- Diabetes mellitus
- Keine

.....  
 .....

**Medikamente:**

.....  
 .....

**Welche Therapien hatten sie bisher:**

- Beckenbodengymnastik       ja       nein  
 Elektrotherapie: Biofeedback       ja       nein  
 Sonstige:

.....  
 .....

