



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 aufstehenx/ 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:

.....

