

# Anamnesebogen Männer

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Was führt Sie zu uns?

### 1. Haben Sie Probleme mit unkontrollierbarem Harndrang?

- Ja       Nein

#### 1.1 Wie oft pro Woche?

- Nur 1-2 Mal pro Monat **+1**  
 1-2 Mal die Woche **+2**  
 3-5 Mal die Woche **+3**  
 Täglich **+4**

#### 1.2 Bei welchen Aktivitäten?

- Husten, Niesen, Lachen **+2**  
 Streppen steigen, Schweres Heben **+2**  
 Beim Sport, Laufen, Springen **+2**  
 Manchmal einfach so, ganz plötzlich **+2**

#### 1.3 Wie hoch ist der Urinverlust??

- Kein Urinverlust  
 Geringe Menge - ein paar Tröpfchen **+1**  
 Mittlere Menge - etwas mehr als ein paar Tröpfchen **+2**  
 Große Menge - ich kann es gar nicht mehr halten **+4**

### 2. Wie oft pro Tag gehen Sie auf die Toilette?

- 4-6 Mal  
 7-10 Mal **+2**  
 Öfter als 10 Mal **+4**

### 3. Wie oft pro Nacht gehen Sie auf die Toilette?

- Nie  
 1 Mal **+2**  
 Öfter als 1 Mal **+4**

### 4. Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

- Ja       Nein

#### 4.1 Wie oft haben Sie eine Blasenentzündung?

- Nur 1-2 Mal im Jahr **+1**
- Alle 3-4 Monate **+2**
- Alle 1-2 Monate **+3**
- Chronische Blasenentzündung **+5**

#### 5. Tragen Sie Windeln im Alltag?

- Ja  Nein **+4**

#### 6. Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, dass noch Urin in der Blase verbleibt?

- Ja  Nein **+3**

#### 7. Haben Sie Schwierigkeiten beim Stuhlgang bemerkt? Das Gefühl, dass Sie den Stuhl nicht richtig kontrollieren können?

- Ja  Nein **+5**

#### 8. Wurde eine Prostata-Vergrößerung Diagnostiziert?

- Ja  Nein **+4**

#### 9. Gab es Veränderungen in Ihrer Libido oder Ihrem sexuellen Verlangen in letzter Zeit?

- Ja  Nein **+4**

#### 10. Haben Sie Schwierigkeiten dabei, Ihre Erektion aufrechtzuerhalten oder haben Sie Schwierigkeiten, überhaupt eine Erektion zu bekommen?

- Ja  Nein

#### 10.1 Wie oft kommt das vor?

- Nur 1-2 Mal pro Monat **+2**
- Höchstens 1 Mal pro Woche **+3**
- Schon 3-5 Mal pro Woche **+4**
- Eigentlich bei jedem Geschlechtsverkehr **+5**

#### 11. Können Sie berichten, ob Sie Schwierigkeiten haben die Ejakulation zu kontrollieren?

- Ja  Nein **+4**

12. Haben Sie Schmerzen beim Sex?

Ja     Nein

**+4**

13. Haben sie Probleme, einen Orgasmus zu bekommen?

Ja     Nein

**+4**

14. Ist Ihre Sensibilität zufriedenstellend?

Ja     Nein

**+4**

15. Haben Sie Schmerzen in Becken, Leisten oder unteren Rücken?

Ja     Nein

15.1 Wie oft leiden Sie an diesen Schmerzen?

Nur 1-2 Mal pro Monat

**+1**

1-2 Mal die Woche

**+2**

3-5 Mal die Woche

**+4**

Täglich

**+5**

16. Haben Sie in der Vergangenheit eine Operation im Beckenbereich oder in der Nähe des Beckenbodens gehabt?

Ja     Nein

**+5**

17. Wurde bei Ihnen eine Organsenkung diagnostiziert?  
(Beckenbodensenkung, Prostatasenkung, Blasensenkung...)

Ja     Nein

**+5**

18. Haben Sie bereits physiotherapeutische Übungen oder andere Maßnahmen ergriffen, um die Stärke Ihres Beckenbodens zu verbessern?

Ja     Nein

**+5**

19. Wie sehr beeinträchtigt ihr Problem Sie im Alltag und in ihrer Lebensqualität auf einer Skala von 1-10?

**+1-10**

Notizen:

**Score:            /100**