

# Anamnesebogen Frauen

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**  
 Treppen 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 Binden oder Einlagen 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 eines oder mehrere Kinder geboren?

- Ja  Nein

##### 7.1 Wie viele?

- 1 Kind **+1**
- 2 Kinder **+2**
- 3 Kinder **+3**
- Mehr als 3 Kinder **+5**

##### 7.2 War(en) die Geburt(en) vaginal oder per Kaiserschnitt?

- Vaginal **+5**
- Kaiserschnitt **+3**

##### 7.3 Wie lange ist die letzte Geburt her?

- Über 5 Jahre **+1**
- 3-5 Jahre **+2**
- 1-3 Jahre **+3**
- Unter 1 Jahr (VORSICHT: Eventuell mit Frauenarzt abklären, ob Behandlung mit Chair schon möglich) **+4**

##### 7.4 Ist ihr Sexualempfinden seit der/n Geburt(en) wie zuvor?

- Ja
- Nein **+4**

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

- Ja  Nein **+4**

9. Haben Sie Schmerzen beim Sex?

Ja     Nein

**+4**

10. Haben sie Probleme, einen Orgasmus zu bekommen?

Ja     Nein

**+4**

11. Ist Ihre Sensibilität zufriedenstellend?

Ja     Nein

**+4**

12. Leiden Sie an Schmerzen im Becken oder im unteren Rücken?

Ja     Nein

12.1 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**

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

Ja     Nein

**+5**

14. Wurde bei Ihnen eine Organsenkung diagnostiziert?  
(Beckenbodensenkung, Gebärmutterensenkung, Blasensenkung...)

Ja     Nein

**+5**

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

Ja     Nein

**+5**

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

**+1-10**

Notizen:

**Score:            /100**