



Fragebogen zur urogynäkologischen Diagnostik

SHIK

Drang-inkontinz

Feld bitte freilassen

Verlieren sie ungewollt Urin beim Husten, Lachen, Heben, Tanzen, Joggen, Sport, Bergabgehen oder anderen körperl. Anstrengungen ?

ja [] nein []

Wie häufig müssen Sie tägl. Wasser lassen?

alle 3 Std. [] alle 1-2Std. []

Wie viel trinken Sie während des Tages?

ca. 2 l [] ca. 1 l []

Müssen Sie nachts 3 Mal oder sogar häufiger Wasser lassen?

nein [] ja []

Haben Sie manchmal einen plötzlichen unkontrollierbaren Harndrang?

nein [] ja []

Haben Sie manchmal ganz plötzlichen starken Harndrang und verlieren Sie auf dem Weg zur Toilette ungewollt Urin?

nein [] ja []

Wenn Sie Harndrang verspüren können Sie noch 10-15 Min. abwarten bis Sie zur Toilette gehen?

ja [] nein []

Rauchen Sie ? ja [] nein [] Wenn ja wie viel Zigaretten/Tag?

Ihre Größe: Ihr Gewicht?

Geburten:

Wie viele Kinder haben Sie? Normale Geburten? Saugglocke/Zange/Kaiserschnitt? Höchstes Geburtsgewicht?

Krankheiten:

Bandscheibenvorfall:..... Herzinfarkt: Multiple Sklerose: Parkinson: Diabetes:..... Asthma: Bestrahlung im Unterleib: grüner Star: Tragen Sie einen Herzschrittmacher: ja [] nein []

Operationen:

Wenn ja welche?.....

Stuhlanamnese:

Stuhlinkontinenz: ja [] nein [] plötzlich unkontrollierter Stuhldrang: ja [] nein [] Schmierkot: ja [] nein [] Verstopfung: ja [] nein [] Durchfall: ja [] nein []

Sexualverhalten: Verkehr ja [] nein [] wenn ja Beschwerden ? Welche:

Blasenschwäche seit wann? Monate/Jahre

Vorlagen: wie viele pro Tag?

Hormone: Beckenbodengymnastik: keine [] gelegentlich [] regelmäßig []

Welche Medikamente nehmen Sie ein ?