

	Formular	Klinik Oberpullendorf
	Urogynäkologischer Fragebogen Diagnostik	

Patientinnenetikett oder

Vor-, Nachname:

Vers.Nr.:

Datum: _____

**Belastungs-
inkontinenz**

**Drang-
inkontinenz**

Verlieren sie ungewollt Harn beim Husten, Lachen, Heben, Tanzen, Joggen, Sport, Bergab gehen oder anderer körperlicher Anstrengung?

☐ ja

☐ nein

Wie häufig müssen sie täglich Wasser lassen?

☐ > 2 Std

☐ < 1-2 Std

Wie viel trinken sie während des Tages?

☐ 1-2 Liter

☐ > 2 Liter

Haben sie manchmal einen plötzlich, unkontrollierbaren Harndrang?

☐ nein

☐ ja

Bekommen sie manchmal ganz plötzlich starken Harndrang und verlieren Sie auf dem Weg zur Toilette ungewollt Urin?

☐ nein

☐ ja

Wenn sie Harndrang verspüren, können Sie noch 10-15 Minuten abwarten, bevor Sie zur Toilette gehen?

☐ ja

☐ nein

Müssen Sie in der Nacht auf die Toilette gehen?

☐ ja

☐ nein

Nur vom Arzt*in auszufüllen

RH-Gefühl	☐ ja	☐ nein
Cystitiden	☐ ja	☐ nein
Senkungsbeschwerden	☐ ja	☐ nein
Fremdkörpergefühl	☐ ja	☐ nein
„Ei“ vor/in Vulva	☐ ja	☐ nein
Schmerzen	☐ ja	☐ nein

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

BMI: _____
(durch Arzt*in)

Geburten

Wie viele Geburten _____

Höchstes Geburtsgewicht _____

Normale Geburten _____

☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt

Krankheiten

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Parkinson | ☐ Thrombose |
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Asthma | ☐ grüner Star |
| ☐ Bestrahlungen am Unterleib | ☐ Sonstiges: | |

Stuhlanamnese

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Stuhlinkontinenz | ☐ Durchfall | ☐ Verstopfung |
| ☐ unkontrollierter Stuhldrang | ☐ Schmierkot | ☐ Abführmittel |

Sexualverhalten/Sexualverkehr

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ja ☐ nein | ☐ ohne Beschwerden | ☐ mit Beschwerden |
|---|---|--|

Blasenschwäche

Seit wann? _____
Monate/Jahre

Wie viele Vorlage am Tag? _____

Hormone

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| ☐ Keine | ☐ Tabletten | ☐ Pflaster |
| ☐ Scheidencreme | ☐ Scheidenzäpfchen | seit wann? _____ |
| ☐ Sonstiges: | | |

Bisher durchgeführte Therapien

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Keine | ☐ Beckenbodentraining | ☐ Elektrostimulation |
| ☐ Biofeedback | ☐ Anticholinergika | |
| ☐ Sonstiges: | | |

Medikamente

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ Keine | ☐ Blutverdünnung | ☐ Entwässerung |
| ☐ Sonstiges: | | |

Autor: PAVELKA Eva	Freigeber: SCHMIDT Bettina; DEGENDOERFER Manfred; BARECK Evelyne;		
Erstellt am: 2025.05.09	Gültig ab: 2025.06.03	Version: 1	Seite 2 von 2