

**Dr. med. univ. Nicolas Rickert**  
Facharzt für Urologie  
Ärztlicher Leiter

**Doctor-Medic Mihaela Adam**  
Fachärztin für Innere Medizin  
Stellv. ärztl. Leiterin

**Elena Belotelova**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

**Alma Steffen**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name:	
Geburtsdatum:	
Datum:	

## Fragebogen zur urodynamischen Untersuchung

Vorerkrankungen:	<p>Ich leide an <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2</p> <p>Ich leide an einem Glaukom (Grüner Star / erhöhter Augeninnendruck): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bei mir wurde eine Senkung von Gebärmutter oder Blase festgestellt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>An folgenden weiteren Erkrankungen leide ich:</p>
Voroperationen:	<p>Mir wurde ein Bändchen gegen Inkontinenz eingesetzt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar folgendes: <input type="checkbox"/> TOT-Band <input type="checkbox"/> TVT-Band <input type="checkbox"/> Anderes:</p> <p>Folgende weitere Eingriffe sind im Bauchraum oder im Becken bzw. an den Genitalorganen erfolgt:</p>

Schwangerschaften / Wechseljahre:	Anzahl meiner bisherigen Schwangerschaften:  Anzahl der Geburten:  Davon per Kaiserschnitt:  Geburtsgewichte meiner Kinder:   Ich bin/war bereits in den Wechseljahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Meine Wechseljahre haben ungefähr begonnen im Jahr:	
Medikamente:	Diese Zeilen müssen Sie nur ausfüllen, wenn Sie keine Medikamentenliste abgegeben haben:  Diese Medikamente nehme ich für meine Blasenbeschwerden ein:  _____ mg <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends _____ mg <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends _____ mg <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends  Folgende weitere Medikamente nehme ich ein (Name reicht aus):	
Frühere Medikamente	Diese Medikamente habe ich in der Vergangenheit gegen meine Blasenbeschwerden eingenommen:	
	Medikament:	Abgesetzt wegen:
		<input type="checkbox"/> nicht wirksam genug <input type="checkbox"/> nicht vertragen <input type="checkbox"/> anderer Grund:
		<input type="checkbox"/> nicht wirksam genug <input type="checkbox"/> nicht vertragen <input type="checkbox"/> anderer Grund:
		<input type="checkbox"/> nicht wirksam genug <input type="checkbox"/> nicht vertragen <input type="checkbox"/> anderer Grund:
		<input type="checkbox"/> nicht wirksam genug <input type="checkbox"/> nicht vertragen <input type="checkbox"/> anderer Grund:

Blasenbeschwerden	
	<p>Ich leide unter den folgenden Blasenbeschwerden:</p> <p><input type="checkbox"/> Häufiger Harndrang   <input type="checkbox"/> Plötzlicher Harndrang</p> <p>Wenn ein Harndrang auftritt</p> <p><input type="checkbox"/> kann ich noch etwas anhalten</p> <p><input type="checkbox"/> muss ich sehr schnell eine Toilette finden</p> <p><input type="checkbox"/> schaffe ich es oft nicht rechtzeitig zur Toilette</p> <p><input type="checkbox"/> Verlust von Urin nach vorherigem Harndrang (= Dranginkontinenz)</p> <p><input type="checkbox"/> Häufig   <input type="checkbox"/> Gelegentlich   <input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Größere Mengen   <input type="checkbox"/> Nur ein paar Tropfen</p> <p><input type="checkbox"/> Urinverlust unter Belastung beim</p> <p><input type="checkbox"/> Husten   <input type="checkbox"/> Niesen   <input type="checkbox"/> Treppen steigen   <input type="checkbox"/> Lachen</p> <p><input type="checkbox"/> beim: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Größere Mengen   <input type="checkbox"/> Nur ein paar Tropfen</p> <p><input type="checkbox"/> Urinverlust in Ruhe, ohne Drang</p> <p><input type="checkbox"/> Häufig   <input type="checkbox"/> Gelegentlich   <input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Größere Mengen   <input type="checkbox"/> Nur ein paar Tropfen</p> <p><input type="checkbox"/> Urinverlust im Schlaf</p> <p><input type="checkbox"/> Häufig   <input type="checkbox"/> Gelegentlich   <input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Größere Mengen   <input type="checkbox"/> Nur ein paar Tropfen</p> <p>Das stört mich am meisten:</p> <p>Wenn Sie sowohl an Drang- als auch an Belastungsinkontinenz leiden:</p> <p>Das stört mich mehr:   <input type="checkbox"/> Urinverlust bei Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Häufiger Harndrang und ggfs. der damit verbundene Urinverlust</p> <p><input type="checkbox"/> beides stört mich sehr</p> <p>Die Beschwerden bestehen etwa seit:</p> <p>Die Beschwerden sind im Lauf der Zeit eher <input type="checkbox"/> besser / <input type="checkbox"/> schlechter geworden.</p>
Therapien	<p>Das habe ich bereits für die Beschwerden ausprobiert - und so hat es mir geholfen:</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente eingenommen   <input type="checkbox"/> gut   <input type="checkbox"/> ein wenig   <input type="checkbox"/> nicht geholfen</p> <p><input type="checkbox"/> Beckenbodengymnastik   <input type="checkbox"/> gut   <input type="checkbox"/> ein wenig   <input type="checkbox"/> nicht geholfen</p> <p><input type="checkbox"/> Übungen selbst gelernt   <input type="checkbox"/> Übungen von Physiotherapeut gelernt</p> <p><input type="checkbox"/> Botoxtherapie der Blase   <input type="checkbox"/> gut   <input type="checkbox"/> ein wenig   <input type="checkbox"/> nicht geholfen</p> <p><input type="checkbox"/> Östrogene (Zäpfchen/Tabl.)   <input type="checkbox"/> gut   <input type="checkbox"/> ein wenig   <input type="checkbox"/> nicht geholfen</p>

	<input type="checkbox"/> Reizstromtherapie <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen <input type="checkbox"/> Blasenschrittmacher <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen <input type="checkbox"/> Harnröhren-Bandeinlage <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen <input type="checkbox"/> OP bei Senkung von Blase / <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen Gebärmutter  _____ <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen _____ <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen _____ <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nicht geholfen
Vorlagen	Ich verwende Vorlagen gegen den Urinverlust: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein So viele Vorlagen verwende ich: Tagsüber        _____ Vorlagen mit Größe / Saugstärke: _____ Nachts            _____ Vorlagen mit Größe / Saugstärke: _____ Die Vorlagen sind beim Wechsel in der Regel <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> nass
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Ich leide an Verstopfung <input type="checkbox"/> Ich leide an häufigem Durchfall
Blasenentzündungen	Ich leide an regelmäßigen Blasenentzündungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Blasenentzündungen pro Jahr:  <input type="checkbox"/> Öfter habe ich auch eine Nierenbeckenentzündung <input type="checkbox"/> Die Blasenentzündungen gehen mit pflanzlichen Mitteln meist gut weg <input type="checkbox"/> Ich brauche immer / fast immer Antibiotika <input type="checkbox"/> Antibiotika sind oft nicht wirksam <input type="checkbox"/> Ich hatte bereits eine Langzeit-Antibiose über mehrere Monate Diese hat <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> nicht gut gewirkt. <input type="checkbox"/> Ich nehme eine Antibiotika-Prophylaxe nach dem Geschlechtsverkehr ein
Miktion	Beim Wasser lassen ist mein Strahl <input type="checkbox"/> kräftig <input type="checkbox"/> noch normal <input type="checkbox"/> eher schwach <input type="checkbox"/> ganz schwach Ich habe das Gefühl, dass meine Blase nicht ganz leer wird <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Es wurde bei einer Untersuchung eine unvollständige Entleerung der Blase festgestellt (Restharnbildung): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ungefäher Restharn (falls bekannt): _____ ml