

Name: _____

Geb: _____



Fragebogen Blasen-Sprechstunde

Sehr geehrte Patientin,

wir möchten Sie freundlichst bitten, den Ihnen vorliegenden Fragebogen bestmöglich auszufüllen, damit wir einen möglichst vollständigen Überblick Ihrer Beschwerden erhalten.

Der Fragebogen soll jedoch nicht das ärztliche Gespräch ersetzen.

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?

Harnblasenentleerung

1. Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge (z.B. 2 Liter)?

2. Wie viele Male entleeren Sie die Harnblase am Tag/in der Nacht?

3. Wie ist der Harnstrahl (z.B. kräftig, dünn, stotternd)?

4. Haben Sie Mühe die Blase vollständig zu entleeren?

ja nein

5. Haben Sie Schmerzen oder ein Brennen bei der Harnblasenentleerung?

ja nein

6. Besteht unwillkürlicher Harnabgang? ja nein
In welchen Situationen
(z.B. starker Drang, Husten, Lachen, Laufen)?

7. Verspüren Sie bei voller Harnblase ein plötzliches und starkes Dranggefühl?

ja nein

Franz Hirschle
Facharzt für Urologie
Andrologie
Medikamentöse Tumorthherapie

Angestellte Ärzte
Dr. med. univ. Thomas Maier
Facharzt für Urologie

Dr. med. Ursula Hoeltzenbein
Fachärztin für Urologie

Bahnhofstr. 17 | Postarkaden
D - 78224 Singen

Telefon +49 (0)7731 - 748 49 - 0

Telefax +49 (0)7731 - 748 49 - 49

praxis@urologie-hegau.de
www.urologie-singen-hegau.de



zertifiziert bis 05/2022



Fragebogen Blasen-Sprechstunde

8. Kann es bei starkem Drang zu einem unwillkürlichen Harnabgang kommen?

ja nein

9. Verwenden Sie Vorlagen? Wenn ja, wie viele am Tag/in der Nacht?

ja nein _____

10. Haben Sie wiederholte Harnblasenentzündungen? Wenn ja, wie häufig im Jahr?

ja nein _____

Senkungsbeschwerden

11. Wie viele Kinder haben Sie entbunden? Vaginal/Kaiserschnitt? Geburtsgewicht?

12. Haben Sie das Gefühl die Gebärmutter hat sich gesenkt?

ja nein

13. Haben Sie Beschwerden im Unterleib? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte!

ja nein _____

14. Besteht ein Fremdkörpergefühl im Unterleib?

ja nein

Stuhlgang

15. Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang? Wenn ja, welche?

ja nein _____

Bisherige Therapie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vaginale Östrogenisierung | <input type="checkbox"/> Beckenbodentraining |
| <input type="checkbox"/> Medikamente, welche _____ | <input type="checkbox"/> Elektrostimulation |
| <input type="checkbox"/> Pessartherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |