

Name: _____

Geb: _____



Fragebogen Blasen-Sprechstunde

Sehr geehrte Patientin,

der Ihnen vorliegende Fragebogen soll es uns ermöglichen, einen möglichst vollständigen Überblick Ihrer Beschwerden zu bekommen. Er soll jedoch nicht das ärztliche Gespräch ersetzen. Wir möchten Sie deshalb bitten, den Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen.

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?

Harnblasenentleerung

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

Wie viel Mal entleeren Sie die Harnblase am Tag/in der Nacht?

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

Haben Sie Mühe die Blase vollständig zu entleeren?

Haben Sie Schmerzen oder ein Brennen bei der Harnblasenentleerung?

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

Verspüren Sie bei voller Harnblase ein plötzliches und starkes Dranggefühl?

Franz Hirschle

Facharzt für Urologie
Andrologie
Medikamentöse Tumorthherapie

Angestellte Ärzte

Dr. med. univ. Thomas Maier
Facharzt für Urologie

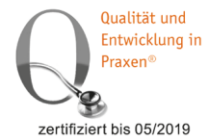
Dr. med. Ursula Hoeltzenbein
Fachärztin für Urologie

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



Kann es bei starkem Drang zu einem unwillkürlichen Harnabgang kommen?

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

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

Senkungsbeschwerden

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

Haben Sie das Gefühl die Gebärmutter hat sich gesenkt?

Haben Sie Beschwerden im Unterleib?

Besteht ein Fremdkörpergefühl im Unterleib?

Stuhlgang

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

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: _____ |