



## Urogynäkologischer Anamnesebogen

Name, Vorname

Geburts-  
datum

An welcher Art von Beschwerden  
leiden Sie?

Verlieren Sie unkontrolliert Urin?

Ja

Nein

Falls ja:

Beim Husten, Niesen, Lachen?

Beim Treppensteigen?

Beim Gehen?

Töpfchen/Spritzer?

Schwallartig

Spüren Sie verstärkt (häufig)  
Harndrang?

Nie

Nur bei Belastung (Gehen/Stehen)

Auch im Sitzen/Liegen

Müssen Sie nachts zur Toilette  
aufstehen?

1-2 mal

3-4 mal

mehr als 4 mal

Ist es Ihnen schon passiert, dass  
sie im Schlaf eingenässt haben?

Ja

Nein

Haben Sie oft das Gefühl, Ihre  
Blase nicht vollständig entleert zu  
bekommen?

Ja

Nein

**Welche Art von Vorlagen benötigen Sie?**

Keine  
Slip-Einlagen  
Vorlagen  
Windeln  
Ersatzkleidung häufig notwendig

**Bestehen bei Ihnen Senkungsbeschwerden, ein Fremdkörper- oder Vorfalldgefühl in der Scheide?**

Ja  
Nein

**Welche Therapieversuche haben Sie bisher unternommen?** (Z. B. Beckenbodentraining, gezielte Physiotherapie, Pessare, urogynäkologische Operationen, etc.)

**Seit wann bestehen die Beschwerden etwa?**

**Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen** (Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Herz-/Lunge-/Nieren-/Darmerkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Nervensystems...)?

**Sind Sie schon einmal operiert worden? In welchem Jahr?**

**Welche Medikamente (mit Dosierung) nehmen Sie ein?**

**Nehmen Sie Hormonersatzpräparate (gg Wechseljahrsbeschwerden) oder eine hormonelle Kontrazeption ein? Wenn ja welche?**

Haben Sie Kinder geboren? Falls ja Spontan, vaginal-operativ (Saugglocke, Zange) oder per Kaiserschnitt? In welchem Jahr?

---

Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?

Ja  
Nein

---

Rauchen Sie?

Ja  
Nein

Falls ja, wieviele Zigaretten/Tag?

Seit wieviel Jahren?

---

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja  
nein

Falls ja, welche Sportart? Wie oft?

---

Größe in cm

Gewicht in kg