



Beratungsbogen

Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung

NAME: _____ DATUM: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

Welches Thema führt Sie zu uns?

1. Was führt Sie zu uns? (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich verliere unfreiwillig Harn | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Rückenschmerzen (chronisch/akut) |
| <input type="checkbox"/> Ich muss sehr häufig auf die Toilette gehen, verliere aber nie Harn | <input type="checkbox"/> Ich habe ein Thema mit meiner Libido/Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Organsenkung (Gebärmutter/Blase/Darm) | <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Körpermitte trainieren |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen schwachen Beckenboden | <input type="checkbox"/> Ich habe Cellulitis |
| <input type="checkbox"/> Ich habe innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren | |

2. Wann haben Sie Urinverlust?

- Nur beim Husten / Niesen / Sport treiben / Trampolin springen, kein Harndrang dabei
- Wenn ich Harn verliere, leide ich gleichzeitig an sehr starkem Harndrang
- Kombination aus 1 und 2

3. Wie oft kommt es bei Ihnen zu Harnverlust?

- 0 Nie
- 1 1x / Woche oder seltener
- 2 2-3x / Woche
- 3 1x täglich
- 4 Mehrmals täglich
- 5 Ständig

4. Wie hoch ist der Urinverlust?

- 0 Kein Urinverlust
- 1 Geringe Menge
- 2 Mittlere Menge
- 3 Große Menge

Notizen

Müssen Sie gefühlt "zu oft" auf das WC?

Wie oft gehen Sie in der Nacht aufs WC?

Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

JA / NEIN

4. Geburten

Anzahl der Kinder _____

Zeit seit Geburt _____

JA / NEIN Kaiserschnitt

JA / NEIN Vaginal entbunden

JA / NEIN Geburtsverletzungen

JA / NEIN Harnverlust während Schwangerschaft

JA / NEIN Harnverlust seit der Geburt

JA / NEIN Kann BB angesteuert werden? Wenn ja, wie gut? _____

JA / NEIN Schmerzen beim Sex

5. Sexualität

JA / NEIN / MANCHMAL Haben Sie Schmerzen beim Sex?

JA / NEIN / MANCHMAL Haben Sie einen Orgasmus?

JA / NEIN / MANCHMAL Ist Ihre Sensibilität so wie Sie es sich vorstellen?

ABSCHLUSSFRAGEN

Was wurde bereits gegen das Thema unternommen? Nichts | BBGymnastik | Medikamente | OP

Auf einer Skala von 1-10 wie bewerten Sie das Problem? 1=nicht schlimm

Auf einer Skala von 1-10. Wie stark beeinträchtigt Sie das Problem in Ihrem Alltag?

Was ist das Ziel?

Bsp. wieder mit den Kindern rennen, joggen, Ausflüge planen ohne Angst, keine Einlagen