Pelvi Smile

Anamnesebogen

Bitte vor dem ersten Termin ausfüllen und mitbringen

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir die gemeinsame Zeit beim ersten Termin optimal nutzen können, bitte ich Sie, diesen Bogen vorab auszufüllen. Sie können ihn direkt am PC ausfüllen und ausdrucken oder ausgedruckt von Hand ausfüllen. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie gerne frei – wir besprechen sie dann persönlich.

ⓘ Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf / Tätigkeit

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Versicherung: ☐ privat versichert ☐ Beihilfe ☐ gesetzlich / Selbstzahler

Ärztliche Verordnung vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt (z. B. Gynäkologie, Urologie, Hausarzt)

2 Ihr Anliegen

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie stark belasten sie Ihren Alltag? (0 = gar nicht, 10 = sehr)

Was verstärkt oder lindert Ihre Beschwerden?

Was möchten Sie mit der Therapie erreichen?

3 Blase

Toilettengänge tagsüber (ca. Anzahl)

Toilettengänge nachts (ca. Anzahl)

Trinkmenge pro Tag (ca. Liter)

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

- ☐ Urinverlust beim Husten, Niesen oder Lachen
- ☐ Urinverlust beim Sport, Hüpfen oder Heben
- ☐ Urinverlust bei starkem Harndrang
- ☐ Plötzlicher, schwer zu unterdrückender Harndrang
- ☐ Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung
- ☐ Schwacher Harnstrahl / Pressen beim Wasserlassen
- ☐ Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen
- ☐ Häufige Blasenentzündungen

Vorlagen / Einlagen pro Tag (Anzahl)

Art der Vorlage (z. B. Slipeinlage, Inkontinenzvorlage)

4 Darm

Stuhlgang wie oft? (z. B. 1× täglich, 3× pro Woche)

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

- ☐ Verstopfung / harter Stuhl
- ☐ Starkes Pressen beim Stuhlgang nötig
- ☐ Gefühl der unvollständigen Entleerung
- ☐ Ungewollter Abgang von Winden
- ☐ Ungewollter Stuhlverlust
- ☐ Schmerzen beim Stuhlgang

5 Schmerzen & Sexualität

Die folgenden Fragen sind freiwillig. Sie helfen mir, Zusammenhänge mit dem Beckenboden zu erkennen.

- ☐ Schmerzen im Becken, Unterbauch oder Intimbereich
- ☐ Rückenschmerzen / Schmerzen im Kreuz- oder Steißbein
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Schmerzen beim Einführen von Tampons oder bei Untersuchungen
- ☐ Ständiges Spannungs- oder Druckgefühl im Becken
- ☐ Fremdkörper- oder Schweregefühl in der Scheide
- ☐ Erektionsstörungen / sexuelle Funktionsstörungen
- ☐ Schmerzen nach dem Sitzen oder Radfahren

Schmerzstärke (0 = keine, 10 = stärkste)

Wo genau? / Bemerkungen

6 Schwangerschaft & Geburt (falls zutreffend)

Anzahl Schwangerschaften

Anzahl Geburten

Datum der letzten Geburt

Art der Geburt(en): ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke / Zange

Dammriss / Dammschnitt: ☐ ja ☐ nein

Aktuell schwanger: ☐ ja ☐ nein

Wechseljahre: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen (z. B. Geburtsgewicht, Komplikationen, Hormontherapie)

7 Vorerkrankungen, Operationen & Medikamente

Operationen im Bauch- oder Beckenbereich (z. B. Gebärmutter, Senkung, Prostata, Darm) – mit Jahr

Weitere Erkrankungen (z. B. Rücken, Neurologie, Endometriose, Diabetes, Atemwege)

Regelmäßige Medikamente

Allergien

8 Wichtig für die PelviPower Magnetfeldtherapie

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. Einige Punkte können gegen eine Anwendung des Magnetfeldstuhls sprechen – wir klären das vor dem Training gemeinsam.

- ☐ Herzschrittmacher oder implantierter Defibrillator
- ☐ Spirale (Kupfer- oder Hormonspirale)
- ☐ Bestehende Schwangerschaft
- ☐ Akute Entzündungen oder Blutungen im Beckenbereich
- ☐ Metallimplantate im Becken-, Hüft- oder Wirbelsäulenbereich
- ☐ Insulinpumpe oder andere elektronische Implantate
- ☐ Epilepsie
- ☐ Tumorerkrankung (aktuell oder in den letzten 5 Jahren)

Sonstige Implantate / Bemerkungen

9 Einverständnis

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Befundung bei Bedarf – nach vorheriger Erklärung – eine vaginale bzw. rektale Untersuchung (Palpation) durchgeführt werden kann. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit, auch während der Untersuchung, widerrufen.
- ☐ Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben, und informiere über Änderungen meines Gesundheitszustands.

Wie haben Sie von PelviSmile erfahren? (optional)

Ort, Datum

Unterschrift