



Gesundheitsfragebogen Bebo® Rückbildung

Name:

Geb. Datum:

Geburten

Anzahl:

Jahr:

Spontangeburt oder Kaiserschnitt:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Dammschnitt/Riss:

Hatten Sie Beschwerden nach der Geburt? (z.B. Schmerzen der Narbe, Senkungen etc)

Welche gynäkologische Operationen / Abklärungen hatten Sie?:

Gesundheitsfragen

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Wenn ja welche Art von Behandlung?

Haben Sie sportverbot?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja welche?

Leiden Sie unter:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Rückenbeschwerden<input type="radio"/> Nackenbeschwerden<input type="radio"/> Bandscheibenvorfälle<input type="radio"/> Knieprobleme<input type="radio"/> Gelenkprobleme<input type="radio"/> Karpaltunnesyndrom<input type="radio"/> Symphysenschmerzen | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Stresssymptome<input type="radio"/> Arthrose / Reuma<input type="radio"/> Asthma / Bronchitis<input type="radio"/> Herzerkrankungen<input type="radio"/> Bluthochdruck<input type="radio"/> Beckenbodenprobleme<input type="radio"/> Blasenschwäche |
|--|---|

Bestehen alte Verletzungen oder fühlen Sie sich in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt?



Beckenboden

Haben Sie oft Blasenentzündungen?	Ja	Nein	
Haben Sie oft Stuhlverstopfung?	Ja	Nein	
Haben Sie Beschwerden mit Hämorrhoiden?	Ja	Nein	
Leiden Sie zur Zeit an Inkontinenz?	Ja	Nein	
Wann hat die Inkontinenz angefangen?			
Was stört Sie an Ihrer Inkontinenz am meisten?			
Welchen Einfluss hatten Operationen oder Geburten auf die Inkontinenz?			
Hatten Sie wegen Ihrer Inkontinenz schon Therapie?			
Hatten Sie wegen der Inkontinenz/Verstopfung/Hämorrhoiden schon Medikamente?			
Wie viel Binden/Einlagen brauchen Sie	Tags	Nachts	
Verlieren Sie Urin/Stuhl beim:			
<input type="radio"/> Husten, Niesen, Lachen? <input type="radio"/> Laufen Heben? <input type="radio"/> Stehen, Sitzen, Liegen? <input type="radio"/> Anderem?	<input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Erkältung	<input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> täglich
			<input type="radio"/> dauernd <input type="radio"/> dauernd <input type="radio"/> dauernd <input type="radio"/> dauernd
Geht Urin vor der Toilette ab?	Ja	Nein	
Geht Urin ab...	Tröpfchen-weise?	Größere Mengen?	
Weiß Ihr Arzt bescheid?	Ja	Nein	
Wie oft müssen Sie Wasser lassen?	Tags...	Nachts...	
Haben Sie starken Harndrang?	Ja	Nein	
Können Sie bei Harndrang noch zuwarten?	Ja	Nein	
Haben Sie vermehrt Harndrang bei Kälte, fließendem Wasser, Aufregung?	Ja	Nein	
Haben Sie beim Wasserlassen Schmerzen oder Brennen?	Ja	Nein	
Schmerz- oder Druckgefühl in der Scheide?	Ja	Nein	
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	Ja	Nein	
Haben Sie Beckenbodenerfahrung?	Ja	Nein	

Bemerkungen / Fragen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und auf jegliche Ansprüche im Schadensfall zu verzichten. Die Angaben werden vertraulich behandelt und nur zum Zwecke des Rückbildungskurses verwendet, um ein angepasstes Training zu ermöglichen. Es wird fristgerecht aufbewahrt und dann vernichtet.

Ort, Datum

Unterschrift