

# URO-GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Name

Vorname

Grund Konsultation

Andere

## Lebensgewohnheiten

Beruf

Sport

Getränk

Menge

## Medizinische Vorgeschichte

Größe

Gewicht

☐ Gewichtsveränderung

☐ Enuresis

☐ Diabetes

☐ Chronische Bronchitis

Andere Krankheiten / Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

## Uro-gynäkologische Vorgeschichte

☐ Harnwegsinfektion ☐ Vaginale Infektion

Frequenz

**Menstruationszyklus** ☐ Unregelmäßig ☐ Schmerzen

**Verhütungsmittel**

Datum

Typ

☐ Menopause

Seit

Behandlung

## Anorektale Vorgeschichte

Häufigkeit des Stuhlgangs

☐ Verstopfung

☐ Schmerzen bei der Entlassung ☐ Hämorrhoiden ☐ Anale Inkontinenz ☐ Gas ☐ Materialien

## Geburtshilfliche Vorgeschichte

Anzahl der Schwangerschaften

Letztes Entbindungsdatum

Gewicht des Kindes

Gewichtszunahme (Mutter)

☐ Kaiserschnitt

☐ Periduralanästhesie

☐ Pinzette

☐ Episiotomie

☐ Reißen

☐ UIE während der Schwangerschaft ☐ UIE nach Schwangerschaft

## Familiäre Vorgeschichte

☐ Prolaps

☐ Harninkontinenz

## Chirurgische Vorgeschichte / Sonstiges

## Symptome

☐ Blasenschwäche ☐ Prolaps ☐ Imperativität ☐ Ischiasschmerz ☐ Schmerzen im Steiß  
Andere

## Allgemeines

Stillen

☐ Ja ☐ Nein

Windelrückgabe

☐ Ja ☐ Nein

Kann einen Stempel behalten ☐ Ja ☐ Nein

Vaginale Geräusche ☐ Ja ☐ Nein

## Urinieren

Frequenz Tag

Nacht

☐ Schwierigkeiten beim Wasserlassen / Dysurie

☐ Bauchpressen

☐ Imperativität

☐ Verzögerung der Auslösung

☐ Schwierigkeit, sich zurückzuziehen

Schlussfolgerung des Miktionskalenders

## Inkontinenz

Datum des Auftretens

Frequenz

Rhythmus/Zyklus

**Charakter**

☐ Jet

☐ Tropfen für Tropfen

☐ Nachzügler

☐ Unsensibel

**Inkontinenz**

☐ Tagsüber

☐ Nachts

☐ Fortlaufend

**Schutzmaßnahmen**

☐ Gelegentlich

☐ Dauerhaft

**Typ**

☐ Slipschutz

☐ Schutz

☐ Schicht

## Anstrengung (Stadien)

☐ 1 ⇒ ☐ Husten

☐ Niesen

☐ 2 ⇒ ☐ Sprung

☐ Gym

☐ Tanz

☐ 3 ⇒ ☐ Walk    ☐ Änderung der Position    ☐ Geschlechtsverkehr    ☐ Verrückt vor Lachen

## Hyperaktivität

### Permanent

☐ Ja    ☐ Nein

### Ursachen

Stress

☐ Lust

☐ Leak

Kalt

☐ Lust

☐ Leak

Geräusch eines Wasserhahns

☐ Lust

☐ Leak

Hände im Wasser

☐ Lust

☐ Leak

Schlüssel in der Tür / Fußmatte

☐ Lust

☐ Leak

## Sexologie

Sexuelles Leben    ☐ Ja    ☐ Nein    ☐ Dyspareunie

Typ

☐ Dysorgasmie

☐ Anorgasmie

☐ Vaginismus

Seit

## Zusätzliche Untersuchungen :

**Zytobakteriologische und urodynamische Untersuchungen, Ultraschall, MRT, EMG, ...**

## Klinische Untersuchung

	Start	Ende
Datum	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>

### Global

Atmung	<input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Thorax
Haltung	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
Bauchwand	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>

### Perineal: Beobachtung

Entfernung A.V..	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Motorik	<input type="checkbox"/> Motorik
Aussehen der Haut	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
Vulva	<input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> Geschlosse	<input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> Geschlosse
Narbe	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
Narbe	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Hustenreflex <input type="checkbox"/> Sichtbarer Prolaps	<input type="checkbox"/> Hustenreflex <input type="checkbox"/> Sichtbarer Prolaps

### Perineal: Palpatorisch

Linke Empfindlichkeit	<input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4
Empfindlichkeit rechts	<input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4
Reflexe	<input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Klitoris/Anal	<input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Klitoris/Anal
	<input type="checkbox"/> Kern zentr. Perineum Tonus <input type="checkbox"/> Perineumtest desc. positiv <input type="checkbox"/> Vaginale Béance	<input type="checkbox"/> Kern zentr. Perineum Tonus <input type="checkbox"/> Perineumtest desc. positiv <input type="checkbox"/> Vaginale Béance

Prolaps (Grad)	<input type="checkbox"/> Zystozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<input type="checkbox"/> Zystozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Urethrozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<input type="checkbox"/> Urethrozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Rektozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<input type="checkbox"/> Rektozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Elythrozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<input type="checkbox"/> Elythrozele <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Hysteroptoe <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>	<input type="checkbox"/> Hysteroptoe <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px;"></div>

## Funktional

- ☐ Init. Kontraktion ohne Vorgabe  
☐ Init. gerichtete Kontraktion

- ☐ Init. Kontraktion ohne Vorgabe  
☐ Init. gerichtete Kontraktion

### Tiefe Ebene

Tonisierende Ballaststoffe Haltezeit

Haltezeit

Phasische Fasern ☐ Schnell und stark

☐ Schnell und stark

Anzahl der Wiederholungen

### Oberflächliche Ebene

Tonisierende Ballaststoffe Haltezeit

Haltezeit

Phasische Fasern ☐ Schnell und stark

☐ Schnell und stark

Anzahl der Wiederholungen

## Asymmetrie

### Empfindlichkeit

Tiefe Ebene

Oberflächliche Ebene

### Kontraktion

Tiefe Ebene

Oberflächliche Ebene

## Synchronisation

- ☐ Hustentest  
☐ Belastungstest  
☐ Umkehrung des Befehls

- ☐ Hustentest  
☐ Belastungstest  
☐ Umkehrung des Befehls

Synkinesien

Synergien