

# UROBILANZ MANN

Name

Vorname

## Grund Konsultation

## Lebensgewohnheiten

Beruf

Sport

Getränk

Tägliche Menge

## Medizinische Vorgeschichte

Größe

Gewicht

☐ Gewichtsveränderung

Datum

Typ

## Chirurgische Vorgeschichte

Art der Intervention

Datum

Verschreibender Arzt

Datum

Verschreibung

## Chirurgische Vorgeschichte / Sonstiges

## Symptome

### Harninkontinenz

☐ Blasenschwäche Bedingungen

Verursacht Unbehagen: ☐ Berufliches Leben

☐ Freizeit und Alltag

☐ Große Lecks

☐ Tragen von Tagesschutz

☐ Tragen von Nachtschutzmitte

Andere

### Gewohnheiten beim Wasserlassen

Frequenz

Tag

Nacht

☐ Aufwachen aufgrund von Harndrang

Andere

☐ Plötzliche Wünsche nicht berücks. Ursache

## Miktionsverhalten

☐ Empfundener Harndrang

☐ Schwierigkeiten beim Wasse

☐ Pressen, um die Blasenentleerung aus ☐ Pressen während des Wasserlassens

Harnstrahl ☐ Niedrig ☐ Normal ☐ Stark

☐ Fraktioniert ☐ Auf einmal

## Lebensqualität

Elhre Beschwerden auf einer Skala von 0 (keine Beschwerden, keine Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität) bis 10 (sehr starke Beschwerden, die Ihre Lebensqualität stark beeinträchtigen) bewerten.

Beschwerden aufgrund von Problemen beim Wasserlassen

Unbehagen im Berufsleben

Unbehagen im persönlichen Leben

Behinderung bei der Freizeitgestaltung

## Muskelbewertung

0 = kein Zucken

1 = Zucken

2 = kaum wahrnehmbare Kontraktion

3 = nicht reproduzierbare mittlere Kontraktion 3 Mal 1 Sekunde

4 = Reproduzierbare Kontraktion gegen Widerstand mit Ermüdbarkeit

5 = kräftige Kontraktion gegen Widerstand 5 mal 6 Sekunden

	Anfängliche Bilanz	Zwischenbilanz	Abschließende Bilanz
Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Globaler Muskeltest	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulbospongiosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freiwilliges Zurückhalten der Harnröhre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umkehrung des Befehls	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muskelsynergien (Bauchmuskeln, großer Gesäßmuskel, Adduktoren ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Schlussfolgerung und kinesitherapeutische Diagnose

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stressbedingte Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Instabilität der Blase           |
| <input type="checkbox"/> Gemischte Blase                | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz durch Überlaufen |
| <input type="checkbox"/> Pollakisurie                   | <input type="checkbox"/> Dysurie                          |

## Qualität des Sexuallebens

Bewertung Ihres Sexuallebens vor

Zufriedenheit

Frequenz

In den 6 Monaten vor der Operation

Möglichkeit, eine Erektion zu bekommen und diese aufrechtzuerhalten

Schwierigkeiten, bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs eine Erektion zu behalten

Seit dem Eingriff

Information über mögliche Nebenwirkungen auf die Sexualität

☐ Ja ☐ Nicht

Kenntnis des Operationsberichts

☐ Ja ☐ Nicht

Zufriedenheit mit der Behandlung der Sexualität nach der Operation

☐ Ja ☐ Nicht

Aufgetretene Probleme

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unzureichende Erektion             | <input type="checkbox"/> Keine Erektion                       |
| <input type="checkbox"/> Schwierige Behandlung              | <input type="checkbox"/> Keine Behandlung vorgeschlagen       |
| <input type="checkbox"/> Unzureichende Begleitung           | <input type="checkbox"/> Nicht vorhandene Begleitung          |
| <input type="checkbox"/> Beziehung zu der (dem) Partner(in) | <input type="checkbox"/> Blasenbildung während des Geschlecht |
| <input type="checkbox"/> Keine Ejakulation                  | <input type="checkbox"/> Kein Orgasmus                        |

Vorgeschlagene Betreuung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Per-os-Behandlung: Viagra, Cialis... | <input type="checkbox"/> Intrakavernöse Injektion |
| <input type="checkbox"/> Vacuum                               | <input type="checkbox"/> Intraurethrale Creme     |

Ist die Behandlung zufriedenstellend ☐ Ja ☐ Nicht

Wie würden Sie Ihre Qualität des Sexuallebens bewerten (0 kein Sexualleben, .....10 befriedigend)?

Vor dem Eingriff

Heute