



Urologische Klinik Universitätsklinikum Mannheim, Direktor: Prof. Dr. M.S. Michel

Informationsblatt und Fragebogen zur Urodynamik

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient,

ihr behandelnder Arzt hat Sie aufgrund Ihrer Beschwerden zu einer speziellen Untersuchung („Urodynamik“) zugewiesen.

Bei dieser Untersuchung wird ihre Blasenfunktion mit Hilfe von Messkathetern untersucht.

Sie werden währenddessen für insgesamt ca. 30 Minuten auf einer relativ harten Unterlage sitzen müssen. Sollte Ihnen längeres Sitzen Probleme bereiten, wenden Sie sich bitte vorab an unser Pflegepersonal. Ebenso bitten wir Sie, im Falle einer Latexallergie unserem Personal Bescheid zu geben.

Die Untersuchung ist in der Regel völlig schmerzfrei!

Wir benötigen vorab eine Urinprobe von Ihnen, um den Urin auf Bestandteile, wie z.B. Bakterien zu untersuchen (bitte beim Pflegepersonal in der Ambulanz abgeben). Sollte dabei ein Infekt im Urin festgestellt werden, kann es notwendig sein, die Untersuchung auf einen späteren Termin zu verschieben und zunächst den Infekt mit einem Antibiotikum zu behandeln.

Sobald Sie zu der eigentlichen Untersuchung aufgerufen werden, entleeren Sie bitte unmittelbar vorher noch einmal Ihre Blase komplett.

Für die Auswertung der Untersuchung ist es sehr wichtig, Ihre Beschwerden genau zu kennen. Dazu bitten wir Sie, folgenden **Fragebogen** gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen haben, so lassen Sie sich bitte von einer Person Ihres Vertrauens helfen.

Nach der urodynamischen Untersuchung werden wir Sie ggf. zu einer Harnstrahlmessung ohne Messkatheter auffordern.

Nachdem alle Untersuchungen abgeschlossen sind, werden wir einen vorläufigen schriftlichen Befund erstellen, der Ihnen mitgegeben wird. **Einen endgültigen Bericht erhält Ihr überweisender Arzt per Post.**

Wir sind um einen reibungslosen Ablauf sehr bemüht und bitten Sie um Rückmeldung, falls Sie nicht zufrieden sind.

Für evtl. Wartezeiten bitten wir Sie vorab um Ihr Verständnis.

Vielen Dank!

Fragebogen Urodynamik

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ überweisender Arzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

- Zuckerkrankheit
- Bluthochdruck
- Herzkrankungen
- Bandscheibenvorfall
- Demenz
- M.Parkinson
- Multiple Sklerose (MS)
- bösartige Erkrankungen-> wenn ja: welche? _____

Sind Sie schon einmal bestrahlt worden? Ja Nein

sonstige (bitte möglichst genaue Angabe): _____

Welche Operationen sind bei Ihnen bisher durchgeführt worden
(bitte mit Angabe des ungefähren Datums):

Für Frauen: Wieviele Geburten hatten Sie? _____
Wie viele davon waren Kaiserschnitte? _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (möglichst mit Dosierung):

Hatten Sie schon einmal einen Blasenkatheter (außer im Rahmen von OPs)?

- Nein
- Ja, ich hatte/habe einen Bauchdeckenkatheter Harnröhrenkatheter
Zeitraum, in dem ich einen Katheter hatte: _____
- Ich katheterisiere mich selber und zwar alle _____ Stunden

Was ist Ihr urologisches Hauptproblem? _____

Seit wann besteht das Problem? _____

Welche Therapie wurde diesbezüglich bisher durchgeführt? _____

Wie oft müssen Sie durchschnittlich Wasser lassen?

tags: mal nachts: mal

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? Ca. _____ Liter

Welche Getränke nehmen Sie hauptsächlich zu sich? _____

Verlieren Sie Urin in einer der folgenden Situationen (wenn ja bitte ankreuzen)?

- Husten oder Niesen
- Lachen
- körperliche Aktivitäten, wenn ja: bei welchen besonders: _____
- während des Schlafens
- ohne Ursache
- Plötzlich bei starkem Harndrang
- Bei Nervosität

Entleeren sie die Blase häufig, bevor Sie Harndrang verspüren, um trocken zu bleiben? Ja Nein

Benutzen Sie Vorlagen? Ja Nein

Wenn Ja, wie viele pro Tag? _____ wie viele pro Nacht? _____

Verlieren Sie auf dem Weg zur Toilette Urin?

Niemals Selten Häufig Immer

Falls Sie Urin verlieren, wie groß sind die Urinmengen, die Sie jeweils verlieren?

Einige Tropfen Größere Mengen

Sind die Vorlagen beim Wechsel meistens: trocken? feucht? naß?

Zu welcher Tageszeit ist der Urinverlust am schlimmsten?

Morgens Mittags Abends Nachts unabhängig von der Tageszeit

Haben Sie gelegentlich Schmerzen im Unterbauch, in der Harnröhre oder im Bereich der Nieren? Ja Nein

Wenn ja: wann treten die Schmerzen auf: während des Wasserlasssens

- bei zunehmender Blasenfüllung
- unabhängig vom Wasserlassen

Wo sind die Schmerzen lokalisiert? Blase Harnröhre Nieren

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

täglich ca. ___ mal pro Woche ca. ___ mal pro Monat

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Ja Nein

Dauert das Wasserlassen lange? Ja Nein

Wenn ja: warum?

- Es dauert lange, bis das Wasserlassen beginnt
- Der Harnstrahl ist schwach
- Ich muss pressen, das Wasserlassen geht „stoßweise“

Können Sie ihren Harnstrahl unterbrechen? Ja Nein

Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, dass die Blase noch nicht ganz leer ist? nein selten häufig

Haben Sie häufig Blasen-/ oder Nierenbeckenentzündungen? Ja Nein

Wenn Ja: seit wann und wie häufig?

Haben Sie regelmäßig Fieber wenn die Blase/Nieren entzündet sind? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang? Ja Nein

Wenn Ja: welche Probleme bestehen?

- Ich kann den Stuhl nicht halten
- Ich leide unter Verstopfung
- Ich leide unter Durchfällen
- Ich habe Schmerzen beim Stuhlgang
- Ich habe Blut im Stuhl
- Sonstiges:

Wenn der jetzige Zustand bleiben würde, wie würden Sie sich fühlen?

zufrieden überwiegend zufrieden teils-teils überwiegend schlecht sehr schlecht

Nur Frauen:

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass sich Blase, Gebärmutter oder Darm nach unten senken (Fremdkörpergefühl)?

Nein Ja, es stört mich aber nicht/wenig Ja, es stört mich oft/immer

Hier finden Sie Platz für sonstige Anmerkungen, die Ihnen wichtig erscheinen: