

## Beratungsbogen

Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung EMP-Chair

NAME: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

Welches Thema führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

### 1. Was führt Sie zu uns? (Mehrfachnennung möglich)

- |                                                                                              |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich verliere unfreiwillig Harn                                      | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Rückenschmerzen (chronisch/akut) |
| <input type="checkbox"/> Ich muss sehr häufig auf die Toilette gehen, verliere aber nie Harn | <input type="checkbox"/> Ich habe ein Thema mit meiner Libido/Sexualität  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Organsenkung (Gebärmutter/Blase/Darm)                 | <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Körpermitte trainieren          |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen schwachen Beckenboden                                | <input type="checkbox"/> Ich habe Cellulitis                              |
| <input type="checkbox"/> Ich habe innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren              |                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                                           |

### 2. Wann haben Sie Urinverlust?

- ☐ Nur beim Husten / Niesen / Sport treiben / Trampolin springen, kein Harndrang dabei
- ☐ Wenn ich Harn verliere, leide ich gleichzeitig an sehr starkem Harndrang
- ☐ Kombination aus 1 und 2

**3. Wie oft kommt es bei Ihnen zu Harnverlust?**

- ① 0 Nie
- ② 1 1x / Woche oder seltener
- ③ 2 2-3x / Woche
- ④ 3 1x täglich
- ⑤ 4 Mehrmals täglich
- ⑥ 5 Ständig

**4. Wie hoch ist der Urinverlust?**

- ① 0 Kein Urinverlust
- ② 1 Geringe Menge
- ③ 2 Mittelgroße Menge
- ④ 3 Große Menge

Müssen Sie gefühlt “zu oft” auf das WC?

JA ☐ / NEIN ☐

Wie oft gehen Sie in der Nacht aufs WC?

\_\_\_\_\_

Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

JA ☐ / NEIN ☐

## ABSCHLUSSFRAGEN

**Was wurde bereits gegen das Thema unternommen?**

Nichts | BBGymnastik | Medikamente | OP

**Auf einer Skala von 1-10 wie bewerten Sie das Problem?**

1=nicht schlimm

**Auf einer Skala von 1-10. Wie stark beeinträchtigt Sie das Problem in Ihrem Alltag?**

**Was ist das Ziel bzw. was möchten Sie erreichen?**

Bsp. wieder mit den Kindern rennen, joggen, Ausflüge planen ohne Angst, keine Einlagen