

# ANAMNESEBOGEN – BECKENBODEN

*Der Beckenboden ist ein wichtiger Bestandteil von Stabilität, Kontinenz und Schmerzregulation.  
 Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr aktuelles Erleben.*

## 1. Körperwahrnehmung & Druckgefühl

Wie erleben Sie Ihren Beckenboden?	<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> eher schwach <input type="checkbox"/> angespannt <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> kein klares Gefühl
Druck- oder Fremdkörpergefühl?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauerhaft
Beeinflusst das Ihren Alltag?	_____
Belastung (0–10)	_____

## 2. Blasenfunktion

Blasenfunktion	<input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> gelegentlich unsicher <input type="checkbox"/> deutliche Einschränkung
Ungewollter Urinverlust	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufiger
Starker Harndrang	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig
Blase vollständig entleerbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> eher nicht
Alltagsveränderung	_____
Belastung (0–10)	_____

## 3. Darmfunktion

Darmentleerung	<input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> erschwert <input type="checkbox"/> starkes Pressen <input type="checkbox"/> unvollständig
Ungewollter Abgang	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufiger
Abführmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig
Alltagsveränderung	_____
Belastung (0–10)	_____

## 4. Schmerz & Spannung

Schmerzen / Empfindungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> beim Sitzen <input type="checkbox"/> bei Sexualität
Gefühlsqualität	<input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> drückend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> Spannung <input type="checkbox"/> schwer beschreibbar
Verhaltensänderung	_____
Belastung (0–10)	_____

## 5. Sexualfunktion

Aktuelle Sexualfunktion	<input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> leichte Veränderung <input type="checkbox"/> deutliche Einschränkung <input type="checkbox"/> spielt keine Rolle
Veränderungen bemerkt	<input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Spannung <input type="checkbox"/> verminderte Empfindung <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> keine
Beeinträchtigt Wohlbefinden?	_____
Belastung (0–10)	_____
Thema in Therapie einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eventuell <input type="checkbox"/> aktuell nicht

## 6. Lebensphasenspezifische Aspekte

Schwangerschaft(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____
Art der Geburt	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Geburtsverletzung
Operationen im Beckenbereich	<input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> gynäkologisch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> keine
Veränderungen seitdem	_____

## 7. Alltag & Ziel

Was schränkt Sie aktuell am meisten ein?	_____
Was wünschen Sie sich durch die Therapie?	_____

Hinweis: Ziele können Verbesserung oder Stabilisierung bedeuten.