

# Miktionsprotokoll

Name: \_\_\_\_\_



Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit	1  Trinkmenge in ml Getränk?	2  Urinmenge in ml	3  Dranggefühl	4  Urinverlust Situation	5  Vorlagenwechsel Art/Gewicht	6  Besonderheiten: Medikamente? Schmerz? Stuhlgang = S
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						
<b>Gesamt</b>						
Tag						
Nacht						

Uhrzeit	1  Trinkmenge in ml Getränk?	2  Urinmenge in ml	3  Dranggefühl	4  Urinverlust Situation	5  Vorlagenwechsel Art/Gewicht	6  Besonderheiten: Medikamente? Schmerz? Stuhlgang = S
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						
<b>Gesamt</b>						
Tag						
Nacht						

Legende: 1| z.B. 200 ml Wasser 2| z.B. 300 ml 3| 0 = kein, x = leicht, xx = mittel, xxx = stark 4| 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = erheblich 5| Slipeinlage = S, Vorlage = V 6| Schmerz NRS: 1 = wenig bis 10 = maximal



# Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(weiblich)

Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE  
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Datum:   
Name:   
Alter:   
Beruf:   
Diagnose:   
Überweisender Arzt:   
Aktuelle Symptome:

## 1. Wie und wann ist Ihre Blasenfunktionsstörung aufgetreten?

Plötzlich, evtl. auslösendes Ereignis

Allmählich, zunehmend seit

## 2. Wie oft urinieren Sie ungefähr?

>> Tagsüber  >> Nachts

## 3. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie ungefähr täglich zu sich?

## 4. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

Nein (Bitte weiter mit Frage 10)  Ja

## 5. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

- Husten, Niesen, Lachen  
 Sport wie:   
 Bei Veränderungen der Körperposition, wie Aufstehen / Setzen  
 Nachts  
 Bei Harndrang  
 Ohne jeden Anlass  
 Anderes:

## 6. Wie oft verlieren Sie Urin?

Jeden Monat  Jede Woche  
 Jeden Tag  Permanent

## 7. Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen?

Einige Tropfen  Spritzer  Größere Mengen

## 8. Benutzen Sie Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

- Slipseinlagen pro Tag   
 Vorlagen: Größe   Tags  Nachts  
 Inkontinenzhose: Größe   Tags  Nachts

## 9. Gibt es Strategien, die Ihnen helfen den Urinverlust zu reduzieren?

## 10. Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Ich...

- ... spüre, wenn meine Blase voll ist.  
 ... presse, um meine Blase zu entleeren.  
 ... habe das Gefühl, meine Blase entleert sich nicht vollständig.  
 ... habe häufigen Harndrang.  
 ... kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.  
 ... erreiche die Toilette nicht immer trocken.  
 ... gehe häufig vorsorglich zur Toilette.  
 ... reduziere die Trinkmenge, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden.  
 ... habe Schmerzen beim Wasserlassen.  
 ... habe häufig Harnwegsinfektionen.  
 ... habe einen Druck / ein Schweregefühl im Becken.  
 ... habe ein Fremdkörpergefühl in meiner Vagina.  
 ... habe häufig Schmerzen im unteren Rücken.

## 11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

Schwach  Verzögert  
 Tröpfelt nach  Normal

## 12. Fragen zu Geburten?

- >> Wie oft waren Sie schwanger   
>> Wie oft haben Sie geboren   
 Mehrlingsgeburt / über 4.000 g Geburtsgewicht   
 Kaiserschnitt  
 Vaginale Entbindung(en)   
 Mit Hilfe von Saugglocke, Zange  
>> Besondere Länge der Geburt   
 Dammriss oder -schnitt  
 Geburtsbeschleunigende Maßnahmen z.B. Druck auf den Bauch, wehenfördernde Infusionen

**13. Wie verläuft Ihr Zyklus?**

- >> Ich habe meine Periode  regelmäßig/  unregelmäßig
- Ich habe keine Periode mehr (seit ca. \_\_\_\_\_ )

**14. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt?**

\_\_\_\_\_

**15. Haben Sie andere Erkrankungen?**

- Atemwegserkrankungen  Diabetes
- Herzprobleme  Krebs
- psychische Erkrankungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**16. Nehmen Sie Medikamente?**

- Nein
- Ja, nämlich \_\_\_\_\_

**17. Fragen zur Darmfunktion:  
Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

Ich...

- ... entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl.
- ... Konsistenz: flüssig  weich  geformt  fest
- ... habe eine Darmerkrankung.

\_\_\_\_\_

- ... habe häufig Durchfall.
- ... presse bei der Stuhlentleerung.
- ... habe häufig Durchfall / Verstopfung.
- ... kann Winde nicht sicher zurückhalten.
- ... verliere Stuhl.
- ... habe Hämorrhoiden.

**18. Fragen zur Sexualität:  
Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

Ich...

- ... möchte nicht über meine Sexualität sprechen.
- ... bin sexuell aktiv.
- ... kann meine Sexualität zufriedenstellend leben.
- ... kann keinen Orgasmus erreichen.
- ... habe Schmerzen beim oder nach dem Sex.
- ... kann vaginal keinen Penis / Finger / Toy aufnehmen.
- ... habe Probleme feucht zu werden.
- ... habe das Gefühl meine Vagina ist weit.
- ... verliere Urin beim Sex.

**19. Bisherige Behandlungen**

- Allgemeine Physiotherapie
- Spezielle Beckenbodentherapie
- Elektro- oder Biofeedbacktherapie
- Pessartherapie
- Andere:

\_\_\_\_\_

**20. Beschreibung der Lebensverhältnisse:**

**>> Berufliche Situation**

- Langes Sitzen
- Stehen
- Schwere körperliche Arbeit
- Hohe Stressbelastung
- Andere:

\_\_\_\_\_

**>> Private Situation**

- Körperliche Belastungen
- Seelische Belastungen
- Pflege von Angehörigen
- Sport:

\_\_\_\_\_

**21. Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?**

- Nein
- Ja, und zwar bei

\_\_\_\_\_

**22. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kein Problem 0.....10 ein großes Problem)

**23. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Blasenfunktionsstörungen

(männlich)

Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE  
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Datum:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>
Alter:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>
Diagnose:	<input type="text"/>
Überweisender Arzt:	<input type="text"/>
Aktuelle Symptome:	<input type="text"/>

## 1. Wie und wann ist Ihre Blasenfunktionsstörung aufgetreten?

Plötzlich, evtl. auslösendes Ereignis

Allmählich, zunehmend seit

## 2. Wie oft urinieren Sie ungefähr?

>> Tagsüber  >> Nachts

## 3. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie ungefähr täglich zu sich?

## 4. Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang?

Nein (Bitte weiter mit Frage 10)  Ja

## 5. Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?

Husten, Niesen, Lachen

Sport wie:

Bei Veränderungen der Körperposition, wie Aufstehen / Setzen

Nachts

Bei Harndrang

Ohne jeden Anlass

Anderes:

## 6. Wie oft verlieren Sie Urin?

Jeden Monat  Jede Woche

Jeden Tag  Permanent

## 7. Wie groß sind die Mengen, die unfreiwillig abgehen?

Einige Tropfen  Spritzer  Größere Mengen

## 8. Benutzen Sie Hilfsmittel, um Harnverlust aufzufangen?

Vorlagen: Größe   Tags  Nachts

Inkontinenzhose: Größe   Tags  Nachts

Kondomurinal  Tags  Nachts

## 9. Gibt es Strategien, die Ihnen helfen den Urinverlust zu reduzieren?

## 10. Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Ich...

... spüre, wenn meine Blase voll ist.

... presse, um meine Blase zu entleeren.

... habe das Gefühl, meine Blase entleert sich nicht vollständig.

... habe häufigen Harndrang.

... kann meinen Harndrang nicht gut aufschieben.

... erreiche die Toilette nicht immer trocken.

... gehe häufig vorsorglich zur Toilette.

... reduziere die Trinkmenge, um Harndrang oder Harnverlust zu vermeiden.

... habe Schmerzen beim Wasserlassen.

... habe häufig Harnwegsinfektionen.

## 11. Wie würden Sie Ihren Harnstrahl beurteilen?

Schwach  Verzögert

Tröpfelt nach  Normal

## 12. Wurden in Ihrer Bauch- und Beckenregion bereits Operationen durchgeführt?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**13. Haben Sie andere Erkrankungen?**

- Atemwegserkrankungen
- Herzprobleme
- psychische Erkrankungen
- Sonstiges:
- Diabetes
- Krebs

**14. Nehmen Sie Medikamente?**

- Nein
  - Ja, nämlich
- 

**15. Fragen zur Darmfunktion:  
Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

- Ich...
- ... entleere alle 1 – 3 Tage Stuhl.
  - ... Konsistenz: flüssig  weich  geformt  fest
  - ... habe eine Darmerkrankung.
  - ... habe häufig Durchfall.
  - ... presse bei der Stuhlentleerung.
  - ... habe häufig Verstopfung.
  - ... habe häufig Blähungen.
  - ... kann Winde nicht sicher zurückhalten.
  - ... verliere Stuhl.
  - ... habe Hämorrhoiden.

**16. Fragen zur Sexualität:  
Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

- Ich...
- ... möchte nicht über meine Sexualität sprechen.
  - ... bin sexuell aktiv.
  - ... kann meine Sexualität zufriedenstellend leben.
  - ... kann keine Erektion erreichen.
  - ... kann meine Erektion nicht zufriedenstellend halten.
  - ... kann keinen Orgasmus erreichen.
  - ... habe Schmerzen beim oder nach dem Sex.

**17. Bisherige Behandlungen**

- Allgemeine Physiotherapie
  - Spezielle Beckenbodentherapie
  - Elektro- oder Biofeedbacktherapie
  - Andere:
- 

**18. Beschreibung der Lebensverhältnisse:**

**>> Berufliche Situation**

- Langes Sitzen
  - Stehen
  - Schwere körperliche Arbeit
  - Hohe Stressbelastung
  - Andere:
- 

**>> Private Situation**

- Körperliche Belastungen
  - Seelische Belastungen
  - Pflege von Angehörigen
  - Sport:
- 

**19. Wird Ihr Lebensstil durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?**

- Nein
  - Ja, und zwar bei
- 

**20. Wie sehr leiden Sie unter den hier angegebenen Symptomen?**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
(Kein Problem 0..... 10 ein großes Problem)

**21. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?**

# Physiotherapeutischer Diagnostikbogen bei Defäkationsstörung (m/w/d)



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGIE | GEBURTSHILFE  
UROLOGIE | PROKTOLOGIE

Datum:

Name:

Adresse:

Beruf:

Geburtsdatum:

Überweisender Arzt:

Dieser Fragebogen gilt als Leitfaden für die physiotherapeutische Diagnostik bei Defäkationsstörungen.

## 1. Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- mehr als 3 mal pro Tag
- 1-3 mal pro Tag
- Bis zu 3 mal pro Woche
- weniger als 3 mal pro Woche
- unregelmäßig und sehr wechselnd
- Nachts

## 2. Konsistenz und Entleerungsverhalten

- Flüssig
- Weich
- Geformt
- Hart
- Pressen Sie bei der Stuhlentleerung?
- Tritt Stuhlschmierer nach der Entleerung auf?
- Dauer der Entleerung länger als 5 Minuten?
- Hilfe bei Entleerung

## 3. Benötigen Sie Hilfsmittel?

- Inkontinenzvorlagen
- Inkontinenzhose
- Analtampons
- Unterwäsche zum Wechseln
- Darmspülsystem

## 4. Verlieren sie unbeabsichtigt Stuhl/Winde? (Score System nach Jorge/Wexner)

Inkontinenz-episoden	Häufigkeit				
	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	immer 4
fest	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
flüssig	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorlagen-nutzung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beeinflussung der Lebens-gewohnheiten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

nie = nie, selten <1/Monat, manchmal <= 1/Woche,  
häufig = mehrmals/Woche bis 1/Tag, immer > 1/Tag:  
Punkte insgesamt : 0 = völlig kontinent bis 20 = vollständig inkontinent

## 5. Wie haben diese Beschwerden begonnen?

- plötzlich, seit
- allmählich, seit

## 6. Welche Strategien haben Sie entwickelt um den Abgang von Stuhl oder Wind zu verhindern?

## 7. Beobachten Sie bei sich oder leiden Sie unter:

- Diarrhoe (Durchfall)
- Schmerzen beim Stuhlgang
- Häufige Toilettengänge für die Darmentleerung
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Urinverlust
- Obstipation (Verstopfung)
- Probleme bei der Darmentleerung
- Blähungen
- Vermehrter Stuhl drang (ohne Entleerung)
- Unvollständige Entleerung
- Juckreiz am After
- Nässen am After
- Analfissur
- Abszesse am After
- Pilzerkrankung/Ekzem
- Hämorrhoiden
- Chron. Husten oder Niesen

### 8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Herzmedikamente
- Abführmittel
- Hormonpräparate
- Eisenpräparate
- Sonstige:

### 9. Wie ist Ihr Essverhalten?

- Ballaststoffreich
- Ballaststoffarm
- Vegetarisch
- Vegan
- Laktosefrei
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Weiß ich nicht genau
- Beachte ich nicht weiter

### 10. Wie ist Ihr Trinkverhalten?

Wieviel trinken Sie pro Tag

ca.  in ml

was?

(z.B. Wasser, Kaffee etc.)

### 11. Welchen weiteren Belastungen sind Sie ausgesetzt?

- Körperlich: Schweres Heben, Gartenarbeit, Pflege eines Angehörigen oder
- Seelisch: welche

### 12. Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### 13. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

- Koloskopie
- Rektoskopie
- Defäkographie
- Elektromyographie

### 14. Welche ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlungen hatten Sie bisher?

- Sind Sie wegen der o.g. Symptome in ärztlicher Behandlung?
- Sind Sie wegen der o.g. Symptome schon mal in physiotherapeutischer Behandlung gewesen?
- Kennen Sie Beckenbodenübungen, sonstige Behandlungen?

### 15. Was hat Ihnen am Besten geholfen?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### 16. Haben Sie Vorerkrankungen?

- Entzündliche Darmerkrankungen
- Tumore
- Darmvorfall
- Thrombose am After
- Nervenschädigung (Wirbelsäulen/Beckenbereich)
- Gynäkologische Operationen
- Korrigierende Beckenbodenoperationen
- Gebärmutterentfernung
- Urologische Operationen
- Prostataerkrankungen
- Proktologische Operationen
- Magen-Darm-Operationen
- Depressionen
- Vorgeschichte in der Kindheit
- Belastende Sauberkeitserziehung
- Sonstiges

### 17. Nur für Frauen, die geboren haben

Wieviele Kinder haben Sie geboren?

Aus welcher Position?

Kinder über 4.000 g?

Dauer der Geburtsphase

- Mehrlingsgeburt/en
- Vaginale Geburt
- Kaiserschnitt
- Saugglocke, Zangengeburt
- Dammschnitt oder -riss



## Befund und Therapiebericht

Name:	
Geburtsdatum:	. .
Ärztliche Diagnose:	

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Dr.

vielen Dank für die physiotherapeutische Rezeptierung.

Erwartungen von Patient/in

Eigenanamnese

Beckenbodenanamnese (Operationen, Geburten, Verletzungen...)

Bisherige Therapiemaßnahmen

Medikamente

Physiotherapeutische Hypothese

### >> ICF orientierte Anamnese zu Körperstruktur/ Körperfunktion

ICF	Anamnese	Befund Datum . .	Befund Datum . .
<b>Schmerz (NRS)</b> Lokalisation	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Lebensqualität</b>		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Sensorik</b>	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> nicht intakt		

ICF	Anamnese	Befund Datum	Befund Datum
<b>Atmungs- system</b>		<input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Costoabdominal <input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Costoabdominal <input type="checkbox"/> Abdominal
<b>Urogenital- system</b>	Drangwahrnehmung  Drangsymptomatik  Dranginkontinenz Belastungsinkontinenz Miktionsfrequenz Trinkmenge Nykturie Vorlagen Gewicht der Vorlage Entleerungsstörung Senkungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  _____ <input type="checkbox"/> 1.° <input type="checkbox"/> 2.° <input type="checkbox"/> 3.° _____ / Tag _____ ml / Tag <input type="checkbox"/> Ja ___ x <input type="checkbox"/> Nein ___ / Tag _____ g <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  _____ <input type="checkbox"/> 1.° <input type="checkbox"/> 2.° <input type="checkbox"/> 3.° _____ / Tag _____ ml / Tag <input type="checkbox"/> Ja ___ x <input type="checkbox"/> Nein ___ / Tag _____ g <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Reduziert <input type="checkbox"/> Nein
<b>Verdauungs- system</b>	Stuhlbeschaffenheit  Pressen	<input type="checkbox"/> sehr fest <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> nicht nötig	<input type="checkbox"/> sehr fest <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> nicht nötig
<b>Muskelsystem Beckenboden</b>	Kontraktion          Relaxation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ermittelt durch: <input type="checkbox"/> Vaginale Untersuchung <input type="checkbox"/> Anorektale Untersuchung <input type="checkbox"/> Paradox <input type="checkbox"/> Schnellkraft _____ <input type="checkbox"/> Ausdauer _____ <input type="checkbox"/> Kraft _____  <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ermittelt durch: <input type="checkbox"/> Vaginale Untersuchung <input type="checkbox"/> Anorektale Untersuchung <input type="checkbox"/> Paradox <input type="checkbox"/> Schnellkraft _____ <input type="checkbox"/> Ausdauer _____ <input type="checkbox"/> Kraft _____  <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Hilfsmittel</b>		<input type="checkbox"/> Vaginaltampon <input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> Pessar _____	<input type="checkbox"/> Vaginaltampon <input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> Pessar _____
<b>Elektrotherapie Biofeedback</b>		<input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> intrakorporale Sonde <input type="checkbox"/> externe Elektroden	<input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> intrakorporale Sonde <input type="checkbox"/> externe Elektroden

## >> Aktivität und Partizipation

---

Lernen und Wissensanwendungen

- Patient/in integriert das Wissen zum Wirbelsäulen- und Beckenbodenschutz in den Alltag

Interpersonelle Interaktion und Beziehungen

---

---

Mobilität / Erziehung / Bildung / Arbeit /  
Beschäftigung / Soziales Leben

Patient kann beckenbodengerecht und atemsynchron

- Die Lage wechseln  Gegenstände tragen

Druckreduzierendes Verhalten wurde vermittelt

- Haushalt  Sport  Empfehlung \_\_\_\_\_

- Beruf  Hobby \_\_\_\_\_

Patient/in setzt Drang-Strategien

- um  teilweise um  nicht um

- Anleitung zur Eigenübung  Beratung hinsichtlich der Sexualität

Umweltfaktoren

---

Sonstiges

---

Verwendete Assessments

---

Therapieempfehlungen

---

---

Um eine Folgeberordnung wird...

- gebeten  nicht gebeten  in ca. .... Monaten gebeten

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung,  
telefonisch oder per Mail.

Mit freundlichen Grüßen

---

Praxisstempel

# Bristol-Stuhlformen-Skala

Typ 1		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ 2		Wurstartig, klumpig
Typ 3		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ 4		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ 5		Einzelne weiche, glattrandige Klumpchen, leicht auszuscheiden
Typ 6		Einzelne weiche Klumpchen mit unregelmäßigem Rand
Typ 7		Flüssig, ohne feste Bestandteile

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<b>Harninkontinenz, Miktionsstörungen</b> chronisch, postoperativ, traumatisch, radiogen, angeboren	<b>SO2</b> Störungen der Ausscheidung, Harninkontinenz	<b>b)</b> Schädigung / Störung der Harnkontinenz: Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Entleerungsstörung	Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b>  Ergänzendes Heilmittel: <b>Elektrotherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich	Eine funktionelle Störung der Beckenbodenmuskulatur kann durch die gezielte physiotherapeutische Behandlung verbessert werden.
<b>Descensus vaginae:</b> konservativ, postoperativ	<b>SO2</b> Störungen der Ausscheidung, Harninkontinenz	<b>x)</b> Patientenindividuelle Symptomatik: funktionelle Störung der Beckenbodenmuskulatur, Organsenkung mit Beckenbodeninsuffizienz	Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b>  Ergänzendes Heilmittel: <b>Elektrotherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich	Die Absenkung der Recto- Uro- Genitalorgane bis hin zum Prolaps kann durch funktionelle Physiotherapie, ggf. mit Unterstützung einer Pessar Therapie, aufgehalten / verbessert werden.  Durch die postoperative Physiotherapie kann das Operationsziel, die Wiederherstellung der ursprünglichen anatomischen Verhältnisse, langfristig unterstützt werden.

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<p><b>Zustand nach abdominalen/ vaginalen Operationen</b></p>	<p><b>EX</b> Erkrankung der Extremitäten und des Beckens</p> <p><b>LY</b> Lymphabfluß-störung</p>	<p><b>b)</b> Störungen der Muskelfunktion z.B. der Muskelkraft, Muskel-ausdauer und Muskel-koordination, des Muskeltonus, Muskeldysbalance</p> <p><b>a)</b> Schädigung der Lymphgefäße post-OP, nach Bestrahlung sekundäres Lymphödem</p> <p><b>b)</b> Schmerzhaftes, länger bestehendes, manifestes Lymphödem</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 6/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p> <p>Heilmittel: <b>MLD-45 / MLD-60</b> einschl. Kompressions-bandagierung</p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Wärmetherapie (insbesondere Heiße Rolle), Kälte-, Elektrotherapie</b></p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Die operative Schnittführung führt zu der beschriebenen Leitsymptomatik. Physiotherapie erkennt und korrigiert ein unphysiologisches Bewegungsverhalten und fördert die Wundheilung.</p>

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<p><b>Stuhlinkontinenz, Defäkationsstörungen</b> chronisch, postoperativ, radiogen, traumatisch, angeboren</p>	<p><b>SO2</b> Störungen der Ausscheidung</p>	<p><b>a)</b> Störung der Stuhlinkontinenz: Motorische, funktionelle Störungen des Schließmuskels/ Beckenbodenmuskulatur</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b>  Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Die funktionelle Störung des Schließapparates, meist verbunden mit einer Dysfunktion der Beckenbodenmuskulatur, kann physiotherapeutisch behandelt werden.</p>
<p><b>Störung der Dickdarmfunktion</b></p>	<p><b>SO1</b> Störung der Dickdarmfunktion</p>	<p><b>a)</b> Schädigung/ Störung der Defäkationsfunktion: Häufigkeit, Konsistenz, Flatulenz  <b>b)</b> Störung der intestinalen Funktion mit Schmerzen</p>	<p>Heilmittel: <b>Colonmassage / Bindegewebsmassage</b>  Ergänzendes Heilmittel  <b>Wärmetherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Diese Heilmittel führen zu einer Verbesserung des Stoffwechsels und Regulierung der Darmmotilität, aber haben keinen Einfluss auf die Kontinenzleistung. Für diese Verbesserung ist Physiotherapie das vorrangige Heilmittel. Siehe unter So2a</p>

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<b>Schmerzen im Becken, Interstitielle Zystitis, Anismus, Vaginismus, Vulvodynie</b>	<b>CS</b> Chronische Schmerzen	a) Chronisch regionales Schmerzsyndrom, neuropathische Schmerzen, Kausalgie	Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b>  Ergänzendes Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich	Physiotherapie ist eine Therapiesäule in der interdisziplinären Therapie von Schmerzsyndromen. So werden die Patient*innen in allen bio- psycho- sozialen Ebenen unterstützt.
<b>Symphysenruptur</b>  <b>Symphysen-lockerung</b>	<b>EX</b> Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens	a) Gelenkfunktionsstörung, Störung der Gelenkstabilität, Schmerz	Heilmittel: <b>Krankengymnastik, Manuelle Therapie</b>  Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b>  Höchstmenge bis zu 6/VO  Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten  Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich	Während der Schwangerschaft und unter der Geburt kann es zu einer Veränderung / Verletzung des Beckenringes kommen, die zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen führt. Durch physiotherapeutische Techniken, ggf. in Verbindung mit Symphysengurten, kann die Funktionsstörung verbessert werden.

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<p><b>Zustand nach Episiotomie, Zustand nach Dammriss</b></p>	<p><b>EX</b> Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens</p>	<p><b>b)</b> Störungen der Muskelfunktion z.B. der Muskelkraft, Muskelausdauer und Muskelkoordination, des Muskeltonus, Muskeldysbalance</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 6/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Die Verletzung der Beckenbodenmuskulatur führt zu der beschriebenen Leitsymptomatik. Ein Funktionsverlust und seine langfristigen Folgen sollen verhindert werden.</p>
<p><b>Überbreite postpartale Rectusdiastase</b></p>	<p><b>EX</b> Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens Sehnenruptur</p>	<p><b>b)</b> Störungen der Muskelfunktion z.B. der Muskelkraft, Muskelausdauer und Muskelkoordination, des Muskeltonus, Muskeldysbalance</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 6/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Das physiologische Zusammenspiel der stabilisierenden Rumpfstrukturen ist gestört. Die physiotherapeutische Behandlung unterstützt die schnelle Regeneration und kann chronischen Schmerzen vorbeugen.</p>

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<b>Rückenschmerzen in der Schwangerschaft, nach der Geburt</b>	<b>WS</b> Wirbelsäulen-erkrankungen	<p><b>a)</b> Störungen der Gelenkbeweglichkeit, der Gelenkstabilität mit lokalen Schmerzen</p> <p><b>b)</b> Störung der Muskel-funktion z.B. der Muskelkraft, Muskelausdauer, Muskelkoordination, Sekundäre Schmerzen durch Schmerzfehlhaltung</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik, Manuelle Therapie</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 6/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	Durch schwangerschaftsbedingte Dysbalancen der stabilisierenden Rumpfstrukturen kann es, auch postpartum, zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen kommen.
<b>Traktionsneuro-pathie / Verletzung des N. pudendus nach Operationen und Partus</b>	<b>PN</b> periphere Nervenläsion	<p><b>a)</b> Störung der Bewegungsfunktion z.B. Kontrolle der Willkürbewegung, Sensibilitätsstörung</p> <p><b>b)</b> Störung der Muskel-funktion z.B. Muskelkraft, Muskeltonus</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 10/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	Die traumatisch bedingte Schädigung des N. pudendus, führt zu einer Innervationsstörung der Beckenbodenmuskulatur. Diese kann durch die gezielte physiotherapeutische Behandlung verbessert werden.

Diagnose	Indikations-schlüssel	Leitsymptomatik	Heilmittel, orientierende Behandlungsmenge	Begründung
<p><b>Z.n. Brust- OP: Ablatio Mammae mit/ohne Lymphnodektomie, Wiederaufbau-operation</b></p>	<p><b>Ex</b> Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens</p> <p><b>LY</b> Lymphabfluß-störung</p>	<p><b>a)</b> Störung der Gelenkfunktion: postoperative Bewegungseinschränkungen der betroffenen und benachbarten Gelenke z.B. Schultersteife</p> <p><b>a)</b> Schädigung der Lymphgefäße post-OP, nach Bestrahlung sekundäres Lymphödem</p> <p><b>b)</b> Schmerzhaftes, länger bestehendes, manifestes Lymphödem</p>	<p>Heilmittel: <b>Krankengymnastik, Manuelle Therapie</b></p> <p>Ergänzende Heilmittel: <b>Elektrotherapie, Wärme- oder Kältetherapie</b></p> <p>Höchstmenge bis zu 6/VO</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 18 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p> <p>Heilmittel: <b>MLD-45/ MLD-60</b> einschl. Kompressionsbandagierung</p> <p>Ergänzendes Heilmittel: Wärmetherapie (insbesondere Heiße Rolle)</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung 1-3 x wöchentlich</p>	<p>Die operative Schnittführung, besonders die Entfernung der Lymphknoten, führt zu der beschriebenen Leitsymptomatik. Eine Strahlentherapie kann erschwerend wirken. Spätfolgen sind Kontrakturen durch Narbenzüge und Lymphabflussstörungen.</p>

### **ACHTUNG: Neues Formular Muster 13 ab 01.10.2020 verbindlich!**

- Behandlungsbeginn spätestens nach 28 Tagen
- Doppelbehandlung möglich
- Verlängerung der Therapieabstände um 10-28 Tage zur Sicherung und Kontrolle des Therapiefortschritts

Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel (Quelle: [https://www.kbv.de/media/sp/Diagnoseliste\\_Heilmittelbedarf\\_2020.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Diagnoseliste_Heilmittelbedarf_2020.pdf))

Unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §106b Abs 2 Satz 4 SGBV:

- Wichtig für Geriater, Gynäkologen, Urologen und Proktologen: Budgetfrei bei Patienten ab vollendetem 70.Lebensjahr, wenn ICD 10; Indikationsschlüssel, Heilmittel und Leitsymptomatik stimmen:

ICD 10:	N39.3 Belastungsinkontinenz	Indikationsschlüssel: SO2	Leitsymptomatik b
	N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2	Leitsymptomatik b
	R 32 nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2	Leitsymptomatik b
	R15 Stuhlinkontinenz	Indikationsschlüssel: SO2	Leitsymptomatik a

### **Anmerkung zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastik (Stand 10/2020)**

Die Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sind Leistungen der Krankenkassen außerhalb des Heilmittelkataloges und dürfen verordnet werden. Aktuell gibt es keine verbindliche bundesweite Regelung. Neuregelung in der Verabschiedung des neuen Bundesrahmenvertrages Ende 2020 geplant.

Anders als Hebammen benötigen Physiotherapeuten zur Abrechnung mit der Krankenkasse eine Verordnung. Die Verordnung muss auf Formular Muster 16 ausgestellt werden („normales Rezept“ Postkartenformat).

Beide Leistungen werden von der Mutterschaftshilfe bezahlt und belasten daher nicht das ärztliche Budget (§ 84)

1. Unterweisung zur Geburtsvorbereitung als Gruppenbehandlung, 60 Min., max. 10 Stunden
2. Rückbildungsgymnastik als Gruppenbehandlung, 60 Min. max. 10 Stunden

Fragen, die Sie jetzt nach einem Basiskurs 1 beantworten können:

01. Benennen Sie anatomische Strukturen am Becken.
  - a. knöchern
  - b. Weichteile und Organe
  - c. mit ihrem jetzigen Zusammenwirken mit dem Beckenboden
02. Erläutern Sie in einigen Sätzen Aspekte des funktionellen Zusammenspiels zwischen Bauchraum, Beckenboden und haltenden Strukturen.
03. Was unterscheidet einen weiblichen Beckenboden von einem männlichen Beckenboden?
04. Welche Körperfunktionen, welches Verhalten kann den Beckenboden zusätzlich stabilisieren?
05. Welche Strukturen gehören zum lokalen Muskelsystem rund um den Beckenboden?
06. Welche Bedeutung hat der M. transversus abdominus für den Beckenboden?
07. Beschreiben Sie die Speicherung und die Entleerung der Blase.
08. Beschreiben Sie die Speicherung und die Entleerung des Darmes.
09. Welche Faktoren sichern die Kontinenz des Darmes?
10. Welche Faktoren sichern die Kontinenz der Blase?
11. Welche Speicherstörungen der Blase kennen Sie?
12. Welche Entleerungsstörungen der Blase kennen Sie?
13. Welche Anamnesefragen können rasch helfen, eine Drang- oder Belastungsincontinenz der Blase zu erkennen? [Häufigkeit T-Gänge, ob man halten kann bis zur Toilette](#)
14. Nehmen Sie sich die Befundbögen aus dem Anhang: Miktionsprotokoll, sowie PT-Diagnostikbogen Blasenfunktion zur Hand.

Anhand welcher Faktoren und Antworten auf den Bögen leiten sie ihre Hypothese „Vorliegen einer Speicherstörung der Blase“ und die Zuordnung in Belastungs- bzw. Dranginkontinenz ab?
15. Welche Möglichkeiten haben Sie, um die Kraft des Beckenbodens zu objektivieren?
16. Unterscheiden Sie die Trainingsparameter hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung:

Verbesserung von Kraft- Ausdauer, Maximalkraftverbesserung, Verbesserung Schnellkraft und Reflexivkraft am Beckenboden.
17. Formulieren Sie Aktivitätsaufträge für die urethrale, vaginale und anale Region.

Unterscheiden Sie zwischen Auftrag auf Funktionsebene und Aktivitätsebene.



# Grundlagenwissen Beckenboden

Check-up vor der Fortbildung Beckenbodenschule® der AG GGUP (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie im Verband Physio Deutschland)

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Präventionsarbeit und möchten Ihnen vor dem Kursbesuch eine Hilfe zur eigenen Wissensüberprüfung geben. Die Beckenbodenschule® der AG GGUP baut auf Vorgänger-Fortbildungen auf. In der Beckenbodenschule® geht es um das Vermitteln von Gesundheitswissen und -verhalten zur Prävention von Inkontinenz und Senkungszuständen des Genitalbereichs. Es wird dabei die Einweisung in das standardisierte anerkannte Kurskonzept Beckenbodenschule® der AG GGUP nach §20 SGB V (Präventionsgesetz) erworben. Für die Zertifizierung bei der Zentralen Prüfstelle Prävention haben Sie damit einen erleichterten Zugang, es werden nur Ihre persönlichen Aspekte (z.B. PhysiotherapeutIn) geprüft, eine Prüfung des Konzeptes entfällt. Für die Leitung von Präventionsgruppen werden Kommunikations- und Gruppenleitungskompetenzen erworben und das Wissen rund um den Beckenboden vertieft und für die Gruppenarbeit aufgearbeitet. Das Grundlagenwissen des Basiskurs 1 der AG GGUP wird vorausgesetzt und muss in diese Fortbildung mitgebracht werden. Bitte prüfen Sie anhand der Fragen, ob Ihnen ein ausreichendes Wissen für diese Fortbildung zur Verfügung steht. Wir freuen uns auf Sie in unserer Fortbildung.

1. Erläutern Sie einem „Fachfremden“ die Aspekte des funktionellen Zusammenspiels zwischen Haltesystem, Bauchraum und Beckenboden.
2. Benennen Sie 10 Belastungssituationen für den Beckenboden aus dem Alltag.
3. Erklären Sie den Miktionsvorgang und auch den Defäkationsvorgang.
4. Was sind Speicherstörungen der Blase? Welche Symptome fallen Ihnen ein?
5. Was sind Entleerungsstörungen der Blase? Welche Symptome fallen Ihnen ein?
6. Was unterscheidet einen männlichen Beckenboden von einem weiblichen Beckenboden?
7. Nennen Sie Funktionen, die den Beckenboden stabilisieren und schützen.
8. Nennen Sie die Symptome einer Dranginkontinenz.
9. Was können Ursachen einer Belastungsinkontinenz sein?
10. Welche Anamnesefragen können rasch helfen, eine Drang- oder Belastungstendenz der Blase zu erkennen?
11. Welche Bedeutung hat der M. transversus abdominus für den Beckenboden?
12. Zeichnen und benennen Sie die Anatomiestrukturen im Becken- und Beckenbodenbereich.
13. Welches ist die Aufgabe der M. puborectalis-Schlinge?
14. Wie groß ist etwa das Speichervolumen der Blase und wann etwa kommt der erste Harndrang?

## Einverständniserklärung (EVE)/Informationsbrief zur Palpation

Sehr geehrte\*r Teilnehmer\*in,

bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen bezüglich Ihrer Teilnahme am Physio Pelvica – Basiskurs 2/Advanced 1/Advanced 2 aufmerksam durch:

### **Wie werden die praktischen Unterrichtseinheiten des Kurses durchgeführt?**

Die praktische Durchführung des Physio Pelvica – Basiskurs 2 wird in Kleingruppen mit 2-3 Personen durchgeführt. Dabei wechseln Sie als Teilnehmer\*in zwischen Patient\*innen- und Therapeut\*innenrolle. Die gesamte Gruppe wird hierfür in zwei Räume aufgeteilt (Ausnahme: kleinerer Kurs mit nur einer Referentin) und jeweils eine Referentin leitet die Palpation fachlich an. Dadurch haben Sie die Möglichkeit, wenn Sie mit einer Kolleg\*in anreisen, entweder in seiner/ihrer Gruppe zu palpieren oder bei der Palpation räumlich getrennt zu sein. Bei der vaginalen und anorektalen Palpation werden die Strukturen des Beckenbodens ertastet und z.B. Tonus, Kraft und Ausdauer der verschiedenen Anteile der Beckenbodenmuskulatur geprüft. Die weitere Therapieplanung wird hierauf aufgebaut. Sie werden außerdem Techniken der Elektrotherapie und des Biofeedbacks lernen und praktisch mit Oberflächenelektroden, Vaginal- und/oder Analsonden üben. Die Ergebnisse der vaginalen/anorektalen Untersuchung werden Sie mit denen der elektrotherapeutischen Messung vergleichen. Dieser Informationsbrief möchte Sie über Nutzen und Besonderheiten informieren, die Sie als Teilnehmer\*in an diesem Kurs haben können.

### **Welchen Nutzen hat man als Teilnehmer\*in?**

- wird die vaginale und/oder anorektale Palpation an einem selbst in der Rolle als Patient\*in vorgenommen, kann man nachempfinden, welche Erfahrungen Patient\*innen machen – dies können sowohl angenehme als auch unangenehme Erfahrungen sein. Diese Erfahrungen sollen Ihnen ermöglichen, Ihren Kontakt mit Patient\*innen in der Praxis möglichst angenehm und respektvoll zu gestalten
- durch Ihre Erfahrung in der Rolle als Patient\*in lernen Sie, wie sich z.B. Muskelermüdung des Beckenbodens anfühlen kann, wenn Sie Ihrer/m Patient\*innen in der Praxis ein Training des Beckenbodens anleiten. Die Interaktion mit Ihrer/m Kurspartner\*in in Kombination mit dem Feedback der Kursleiterin erweitert damit Ihre klinischen Fähigkeiten, die sonst nicht geübt werden können
- durch Ihre Erfahrung in der Rolle als Patient\*in bei elektrotherapeutischen Anwendungen lernen Sie, wie sich verschiedene elektrotherapeutische Maßnahmen praktisch anfühlen. Dadurch können Sie Ihre/n Patient\*in die Wahrnehmung der verschiedenen elektrotherapeutischen Maßnahmen besser erklären.

### **Welche Besonderheiten könnten in der Situation als Lernende\*r entstehen und/oder sind zu beachten?**

Wie bei allen körperlichen Untersuchungen ist es möglich, dass tatsächliche Befunde festgestellt werden. Mögliche weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen können angesprochen werden. Die Teilnehmer\*innen werden angehalten, dies vertraulich zu halten.

Wenn Sie Traumen in Ihrer Vergangenheit erfahren haben (z.B. sexuellen Missbrauch), könnten diese beim Durchführen der vaginalen und/oder anorektalen Palpation wieder mehr ins Bewusstsein rücken.

Die gegenseitige vaginale und anorektale Palpation mit Kolleg\*innen kann als unangenehm und peinlich wahrgenommen werden. Dies kann sowohl die Erfahrung der Palpation an sich selbst als auch das Durchführen der Untersuchung betreffen. Lernende könnten es auch verwirrend finden, wenn sie sich mit Kolleg\*innen in einer Patient\*inne/Therapeut\*innenrolle befinden.

Sollten Sie während des Kurses Ihre Periode haben, können Sie die Palpation trotzdem an sich durchführen lassen – hierfür werden spezielle Tampons bereitgestellt.

**Im Falle einer Schwangerschaft können Sie nicht an diesem Kurs teilnehmen. Bitte kontaktieren Sie das FiHH, um den Kurs zu stornieren und/oder umzubuchen.**

**Wir bitten Sie um Rücksendung des ausgefüllten Informationsbriefes innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieses Schreibens an das **FiHH (Hammerbrookstraße 69, 20097 Hamburg, info@fihh.de)****

**Eine Bestätigung der Anmeldungen zum Basis 2 Kurs (Advanced 1/2) kann NUR nach Rücksendung der ausgefüllten Einverständniserklärung erfolgen!**

**Bitte beachten Sie:**

**Aufgrund der Kursstruktur und den besonderen Bedingungen ist es dringend nötig, zu Beginn des Kurses anwesend zu sein und an allen Kursteilen teilzunehmen. Bei verspäteter Ankunft ist eine Teilnahme nicht mehr möglich.**

**Bitte bestätigen Sie:**

- Ich möchte die vaginale und anorektale Palpation erlernen
- Ich möchte in der Rolle des/der Patient\*in eine vaginale und anorektale Palpation an mir durchführen lassen (bei Männern nur anorektal)
- Ich bin bereit, mit einem/r Partner\*in eines anderen Geschlechts zusammenzuarbeiten
- Sollte die Rolle als Patient\*in für Sie nicht möglich sein, kontaktieren Sie bitte die Referentinnen umgehend nach Erhalt dieses Schreibens und sorgen Sie dafür, dass Sie eine zweite Person für die Untersuchung mitbringen, die bei allen praktischen Inhalten präsent ist

**Persönliche Daten in Druckschrift**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift