



Check Up - Fragebogen

Datum: _____ Name: _____

Geb.-Datum/ Alter _____ Gewicht/ Größe: _____

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: _____

Chronische Krankheiten/ Allergien: _____

Bisherige Operationen: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

WARUM SOLL DER CHECK UP GEMACHT WERDEN?

ANGABEN ZU GEBURTEN

Wieviele Schwangerschaften/ Geburten: _____

☐ vaginal ☐ vaginal mit Zange ☐ vaginal mit Saugglocke ☐ Bauchgeburt

Wann (Monat/ Jahr)? _____

Baby über 4000 g ? _____

Geburtsverletzungen? (Wenn ja, welche?) _____

Geburtsposition(en): _____

Besonderheiten im Wochenbett: _____

Rückbildungskurs: ☐ ja ☐ ja, online ☐ nein

Stillst Du ? _____

ANGABEN ZUR BLASENFUNKTION:

1. Leidest Du unter ungewolltem Urinverlust? _____
2. Wenn ja: ☐ beim Hüpfen, Niesen, usw. ☐ in Kombination mit Harndrang ☐ beides
3. Wenn ja: ☐ einige Tropfen ☐ Spritzer ☐ größere Menge
4. Hast Du häufig (plötzlichem) Harndrang? ☐ ja (ohne Urinverlust) ☐ ja. (mit Urinverlust) ☐ nein
5. Wie oft musst Du in 24 h Wasser lassen? _____ mal am Tag _____ mal in der Nacht
6. Verlierst Du Urin im Schlaf? ☐ ja ☐ nein
7. Presst Du um die Blase zu entleeren? _____
8. Schränkst Du die Trinkmenge ein um Urinverlust zu vermeiden? _____
9. Wieviel und was trinkst Du täglich? _____

FRAGEN ZUR DARMFUNKTION:

1. Wie oft hast Du Stuhlgang? _____
2. Leidest Du unter unfreiwilligem Wind- / Stuhlverlust? _____

FRAGEN ZUR SENKUNG:

1. Fremdkörpergefühl in der Scheide? _____
2. Druck- oder Senkungsgefühl nach unten? _____

REKTUSDIASTASE:

1. Hast Du ein RD oder vermutest eine zu haben? _____
2. Welche Probleme macht Dir die RD? _____

FRAGEN ZUR SEXUALITÄT:

1. Bist Du sexuell aktiv? _____
2. Hast Du Schmerzen dabei? Wenn ja, wo? _____
3. Hast Du das Gefühl Deine Vagina ist zu weit oder zu eng? _____
4. Verlierst Du Urin beim Sex? _____

Julia Wintel
Physiotherapeutin

Erich-Sanders-Weg 1
41749 Viersen



Präventionsvertrag

Datum:

Zwischen Kunde

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

und Julia Wintel

Als Vorsorgemaßnahme zur Verhinderung von Krankheiten, Leiden und körperlichen Schäden, vereinbaren die Vertragspartner die Erbringung folgender Leistung:

Maßnahme: *Beckenboden check up + Ultraschall*

Anzahl: *1* a Euro: *125€* Euro gesamt: *125€*

Präventionsbehandlung

Der Kunde wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die o.g. Präventionsleistungen nicht von seiner Krankenkasse bezahlt werden. Grundlage für die Behandlung ist ausschließlich der Wunsch des Kunden, die Fachkunde der Therapeutin für Präventionszwecke zu nutzen. Eine Krankheit wird in diesem Rahmen nicht behandelt. Das Honorar ist stets sofort, via Überweisung oder in bar fällig.

Unterschrift Kunde

 Julia Wintel
Physiotherapeutin
Prä- & Postnataltrainerin
Mobil: 01783781075
mukizeit@web.de

Unterschrift Therapeutin