

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

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich verliere unfreiwillig Harn                      | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Rückenschmerzen (chronisch/nicht akut) |
| <input type="checkbox"/> Ich verliere unfreiwillig Stuhl/Winde               | <input type="checkbox"/> Ich habe einen schwachen Beckenboden                   |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Organsenkung (Gebärmutter/Blase/Darm) | <input type="checkbox"/> Ich habe ein Thema mit meiner Libido/Sexualität        |
| <input type="checkbox"/> Rückbildung   | <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Körpermitte trainieren                |

Weitere Gründe/Notizen

## 2. Wie äußern sich Ihre Beschwerden?

- Urinverlust beim Husten, Niesen, Sport treiben, Trampolin springen, kein Harndrang dabei (Hinweis auf Belastungsinkontinenz)
- Ich muss oft, plötzlich zur Toilette – ohne zwingenden Urinverlust (Hinweis auf Reizblase)
- Ich habe plötzlichen starken Harndrang mit unwillkürlichem Urinverlust (Hinweis auf Dranginkontinenz)
- Ich verliere Urin bei Anstrengung und habe zusätzlich starken, plötzlichen Harndrang (Hinweise auf Mischinkontinenz)
- Häufige Blasenentzündungen, Schmerzen beim Sex, Verspannungen im Beckenboden, Schmerzen im Unterleib (Hinweise auf Hypertonen Beckenboden)
- Fremdkörpergefühl, Druckgefühl nach unten, Senkungsbeschwerden (Hinweise auf Organsenkung)
- Unkontrollierter Stuhl-/Windabgang (Stuhlinkontinenz)

Weitere Beschwerden/Notizen

**3. Wie oft verlieren Sie ungewollt  
Urin?**

- 0 Nie
- 1 1–2 Mal pro Monat
- 2 1–2 Mal pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

**4. Wie viel Urin verlieren Sie dabei?**

- 1 Nur wenige Tropfen
- 2 Ein kleiner Schwall
- 3 Deutliche Menge, Kleidung wird nass
- 4 Große Menge bis hin zur vollständigen Blasenentleerung

**5. Wie oft verspüren Sie pro Tag  
starken Harndrang?**

- 0 4–6 Mal
- 1 7–10 Mal
- 2 Mehr als 10 Mal

**6. Wie dringend ist der Harndrang, wenn Sie  
ihn spüren?**

- 0 Gut kontrollierbar
- 1 Muss sehr schnell zur Toilette, fast kein Halten möglich
- 2 Schaffe es oft nicht rechtzeitig

**7. Liegen weitere Belastungsfaktoren vor?**

- 2 Organsenkung
- 1 Rückbildung nach Geburt
- 1 Sexuelle Funktionsstörung / Libidoverlust
- 1 Stuhlinkontinenz
- 1 Hypertoner Beckenboden

**Gesamtpunktzahl Fragen 3–7:** \_\_\_\_\_

Notizen

**8. Wie oft gehen Sie in der Nacht aufs WC?** \_\_\_\_\_

**9. Können Sie Ihre Beckenbodenmuskulatur anspannen?** JA / NEIN / WEIß NICHT

**10. Tragen Sie im Alltag Kontinenzprodukte ?** JA / NEIN / GELEGENTLICH

(z. B. Einlagen, spez. Unterwäsche)

**11. Geburten**

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

Zeit seit Geburt \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt **JA / NEIN**

Vaginal entbunden **JA / NEIN**

Geburtsverletzung (Dammriss, Episiotomie) **JA / NEIN**

Notizen

# ABSCHLUSSFRAGEN

**12. Was haben Sie bereits dagegen unternommen? Mit welchem Erfolg?**

Nichts | BBGymnastik | Medikamente | OP

---

**13. Hatte Ihre Mutter diese Beschwerden auch schon? JA / NEIN**

**14. Wie lange haben Sie bereits diese Beschwerden?** \_\_\_\_\_

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16. Haben Sie sich deshalb schon sozial eingeschränkt? JA / NEIN**  
**(z.B. Aktivitäten vermieden, Ausflüge verkürzt o.ä.)**

Notizen

**18. Was motiviert Sie, Ihr Problem jetzt anzugehen? Was sind Ihre Ziele?**

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

**Empfehlung Anzahl Sitzungen:** \_\_\_\_\_ **Empfehlung Programm:** \_\_\_\_\_

---

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum Zweck der Trainingsberatung ein. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Beratungsperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Klientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**KONTRAINDIKATIONEN**

**JA NEIN**

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle (außer Titan) im Becken oder Lendenwirbelsäulenbereich (Schrauben oder Eileiter-Clips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe (nur im Beckenbereich relevant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirale Kupfer / Gold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing (Intimbereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorangegangene Operationen (vor weniger als 8 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt (vor weniger als 12 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI**

- Menstruation
- Schmerzhafte Hämorrhoiden, fieberhafte Infektionen
- Entzündungen oder akute Erkrankungen im Lendenwirbelsäulen- oder Beckenbodenbereich
- Cochlea-Implantat
- Blutverdünnende Medikamente (hochdosiert)

**Einverständniserklärung zum Beckenboden-Magnetfeld-Training**

Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt und habe die Kontraindikationsliste gelesen und verstanden. Mir ist bewusst, dass es sich um eine unterstützende, nicht-medizinische Trainingsanwendung handelt, die keine Diagnose oder Therapie ersetzt. Auch bei bestehender Kontraindikation entscheide ich mich ausdrücklich und eigenverantwortlich für die Anwendung und entbinde das Studio sowie das Personal von jeglicher Haftung.

**Datenschutzhinweis**

Ich willige freiwillig in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung und Dokumentation der Anwendung ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt ab Zugang für die Zukunft. Bereits erfolgte Verarbeitungen bleiben unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Anwenderin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Trainingsbetreuung

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**KONTRAINDIKATIONEN**

**JA NEIN**

Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle (außer Titan) im Becken oder Lendenwirbelsäulenbereich (z.B.Schrauben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe (nur im Beckenbereich relevant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing (Intimbereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorangegangene Operationen (vor weniger als 8 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostata Operation (vor weniger als 12 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI**

Schmerzhafte Hämorrhoiden, fieberhafte Infektionen

Entzündungen oder akute Erkrankungen im Lendenwirbelsäulen- oder Beckenbodenbereich

Cochlea-Implantat

Blutverdünnende Medikamente (hochdosiert)

**Einverständniserklärung zum Beckenboden-Magnetfeld-Training**

Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt und habe die Kontraindikationsliste gelesen und verstanden. Mir ist bewusst, dass es sich um eine unterstützende, nicht-medizinische Trainingsanwendung handelt, die keine Diagnose oder Therapie ersetzt. Auch bei bestehender Kontraindikation entscheide ich mich ausdrücklich und eigenverantwortlich für die Anwendung und entbinde das Studio sowie das Personal von jeglicher Haftung.

**Datenschutzhinweis**

Ich willige freiwillig in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung und Dokumentation der Anwendung ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt ab Zugang für die Zukunft. Bereits erfolgte Verarbeitungen bleiben unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Anwender

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Trainingsbetreuung