

## **Anamnesebogen Rektusdiastase**

**Name:**

**Alter:**

**Beruf:**

**Wie oft und in welchem Jahr waren Sie schwanger und wann haben Sie geboren? Bitte nennen Sie auch Fehlgeburten.**

**Gab es während der Schwangerschaft/en Komplikationen? Wenn ja, welche?**

**Bitte skizzieren Sie kurz den jeweiligen Geburtsverlauf. War es eine Spontangeburt oder ein Kaiserschnitt? Nennen Sie bitte vor allem die Besonderheiten (z.B. Saugglocke, lange Presswehen, Notkaiserschnitt) und ggf. Verletzungen wie Dammriss, Dammschnitt ....**

**Konnten Sie im Wochenbett regenerieren und sich ausruhen oder waren Sie Alltagsanforderungen ausgesetzt? Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie das Wochenbett körperlich und psychisch erlebt haben.**

**Gab es im Wochenbett Komplikationen? Wenn ja - welche?**

**Haben Sie gestillt oder stillen Sie noch?**

**Haben Sie wieder einen (regelmäßigen) Zyklus?**

**Gab es bei der gynäkologischen Nachuntersuchung (ca. sechs Wochen nach der Geburt?) einen Befund? Wenn ja - welchen?**

**Haben Sie nach Ihrer/Ihren Schwangerschaften ein Rückbildungsprogramm absolviert? Wenn ja - wie regelmäßig? Haben Sie durch die Rückbildungsgymnastik körperliche Veränderungen (positive wie negative) festgestellt?**

**Haben sie vor der letzten Schwangerschaft Sport getrieben? Wenn ja - welchen?**

**Haben sie während der letzten Schwangerschaft Sport getrieben? Wenn ja - welchen?**

**Treiben Sie derzeit Sport? Wenn ja – was und wie oft?**

**Wurde die Rektusdiastase bereits überprüft (wann?) und wie lautete das Ergebnis?**

**Wurden bei Ihnen gynäkologische Erkrankungen wie z.B. Endometriose, Myome o.ä. diagnostiziert?**

**Bitte nennen Sie eventuelle chronische Erkrankungen oder regelmäßige Beschwerden, die Sie auch schon vor der letzten Schwangerschaft hatten (Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüse ...).**

**Wurden Sie schon einmal am Bauch operiert? Was und wie wurde operiert?**

**Nennen Sie die körperlichen Belastungen, denen Sie im Alltag ausgesetzt sind (Kind tragen, einkaufen, heben/tragen ...).**

**Beschreiben Sie ihr Stabilitätsgefühl in der Körpermitte. Haben Sie Beschwerden oder Schmerzen im Bereich des Rückens? Wenn ja – wobei und wie fühlt es sich an?**

**Haben Sie Beschwerden oder Schmerzen im Bereich des Beckens (Schambeinfuge/Symphyse, Iliosakralgelenk, Steißbein)? Wenn ja – wobei und wie fühlt es sich an?**

**Haben Sie ein ungewöhnliches „komisches“ Gefühl im Unterleib (Druck nach unten, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ...)? Wenn ja – wann oder bei welchen Gelegenheiten?**

**Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? Wie oft?**

**Haben Sie Verdauungsprobleme? (Verstopfung, fester Stuhl, Blähungen.... )**

**Haben Sie Kontrolle über Urin, Stuhlgang, Winde in allen Lebenssituationen? Gibt es Probleme im Zusammenhang mit den Toilettengängen?**

**Haben Sie andere körperliche Beschwerden?**

**Können Sie gut in den Unterbauch atmen? Beschreiben Sie bitte ggf. Probleme mit der Atmung.**

**Nennen Sie die größten mentalen oder psychischen Herausforderungen, die Sie in Ihrer momentanen Lebenssituation zu bewältigen haben.**

**Was sind Ihre Erwartungen und Ziele?**

**Vielen Dank!**