



Kontinenz- & Stomaberatung

Harninkontinenz Fragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Zuständiger Arzt

1. Seit wann haben sie unfreiwilligen Harnverlust? _____

2. Gab es ein auslösendes Ereignis, z.B. eine Operation?

3. Verlieren Sie Harn tröpfchenweise? schwallweise? _____

4. Harnverlust bei Husten Niesen Lachen

5. Harnverlust bei Gehen Laufen Treppensteigen

6. Harnverlust bei Liegen Lagewechsel Stehen

7. Wie oft müssen Sie Wasser lösen? tagsüber _____ nachts _____

8. Spüren Sie vor dem Wasserlösen Harndrang? keinen Harndrang?

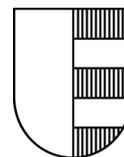
9. Haben oder hatten Sie in den letzten Monaten eine Blasenentzündung?

ja nein

10. Haben Sie beim Wasserlösen Schmerzen? Brennen?

11. Können Sie Blutspuren im Urin erkennen? ja nein





12. Wieviel trinken Sie pro Tag?

unter 1lt 1-1,5lt 1,5-2lt 2-3lt mehr: _____

13. Tragen Sie Einlagen? nein ja

Wenn ja, welche? _____ Wie viele pro Tag? _____

Sind die Einlagen vor dem Wasserlösen meist trocken? feucht? nass?

14. Ist der Weg zur Toilette für Sie beschwerlich? nein ja

Wenn ja, inwiefern (tags, nachts, fehlender Haltegriff, WC zu tief, Gehbehinderung...)?

15. Leiden sie unter anderen Krankheiten (Diabetes, Herzkrankheit, Wirbelsäulenbeschwerden oder andere)? nein Wenn ja, unter welchen?

16. Wie schwer sind Sie? _____

17. Leiden Sie unter Husten? _____

18. Leiden Sie unter chronischer Verstopfung/ Verdauungsproblemen?

ja _____ nein

19. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____





20. Rauchen Sie?

- ja nein gelegentlich

21. Gynäkologische oder urologische Operationen (z.B. Gebärmutterentfernung oder andere)

Welche? _____

Wann? _____

22. Letzte Kontrolle beim Urologen oder Gynäkologen?

Welche? _____

Wann? _____

23. Wie würden Sie Ihren Leidensdruck wegen Inkontinenz auf einer Skala einordnen?

Kein Leidensdruck 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 extrem stark

(betreffende Zahl einkreisen)

24. Haben Sie bis jetzt etwas unternommen, um die Inkontinenz anzugehen (z.B.

Beckenbodentraining oder anderes)?

nein ja, nämlich _____





FÜR PATIENTINNEN:

25. Geburten: wieviele? _____

Wann? _____

Besonderheiten? _____

26. Haben Sie die Wechseljahre hinter sich?

ja wann? _____ nein

27. Besonderes: _____

Datum _____ Aufgenommen durch _____

