

**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?

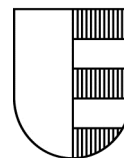
9. Haben oder hatten Sie in den letzten Monaten eine Blasenentzündung?

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

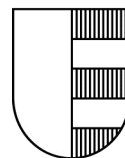
19. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

- 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)

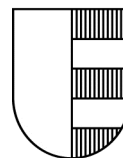
24. Haben Sie bis jetzt etwas unternommen, um die Inkontinenz anzugehen (z.B.

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 \_\_\_\_\_

