



## Fragebogen für Inkontinenzpatientinnen

Name:

Datum:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Grösse:

Vaginale Geburten:

Kaiserschnitte:

Beruf/Arbeit:

	Nein	Ja (manchmal)	Ja (> 50 %)
Verlieren Sie Harn beim Husten, Niesen, Lachen?			
Verlieren Sie Harn beim Sport			
Verlieren Sie Harn beim Laufen			
Verlieren Sie Harn bei Drehungen, Bücken, Aufstehen?			
Menge/Ereignis: ( ) Tropfen ( ) Teelöffel			
Haben Sie den Eindruck, Ihre Blase entleert sich nicht vollständig?			
Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen zu beginnen?			
Ist Ihr Harnstrahl abgeschwächt?			
Wird der Harnstrahl unwillkürlich unterbrochen (und beginnt das Wasserlassen dann wieder)?			
Haben Sie unkontrollierten Harndrang?			
Erreichen Sie die Toilette noch, wenn Sie den Drang verspüren?			
Wenn nicht, wieviel Harn verlieren Sie bis zur Toilette? ( ) Tropfen ( ) Teelöffel ( ) Esslöffel ( ) mehr Wie oft am Tag passiert das? An guten Tagen: - mal			
Schmerzt das Entleeren der Blase?			
Wie oft gehen Sie nachts zur Toilette?	Zahl:		
Wie oft gehen Sie tags zur Toilette?	Zahl:		
Wenn Sie morgens aufstehen, verlieren Sie dann sofort Harn?			
Waren Sie vor der Pubertät Bettnässerin?			
Begannen ihre Symptome nach der Pubertät?			
Sind die Beschwerden vor der Periode stärker?			
Neigen Sie (Verdauung) zum Absetzen von kleinen Stuhlmengen (Hasenkötel)?			
Können Sie Winde gut halten?			
Können Sie Durchfall gut halten?			
Können Sie festen Stuhlgang gut halten?			
Fühlen Sie sich tagsüber mehrheitlich feucht?			
Kommt es vor, dass Sie Pfützen hinterlassen?			
Verlieren Sie nachts im Bett Harn?			
Tragen Sie Einlagen? Slipeinlagen ( ), Vorlagen ( ), Windeln ( )	Zahl/Tag		