



Campus Lübeck
 Klinik und Poliklinik für Urologie
 Direktor: Prof. A. S. Merseburger
 Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Terminvergabe und telefonische Rückfragen unter:
 0451/ 500-43650

Fragebogen Inkontinenz:

Name: Datum:.....

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Wie lange leiden Sie schon darunter?

Was stört Sie am meisten?

Bei welchem Arzt/Ärzten haben Sie sich wegen Ihrer Beschwerden bereits vorgestellt?

Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um Ihre Beschwerden zu lindern bzw. zu beheben?
 (z.B. Medikamente, Biofeedback, Einmalkatheterismus, Physiotherapie)

Welche (anderen) Erkrankungen haben Sie?

Hatten Sie Bauch- oder Unterleibs-Operationen? ja nein

Wenn ja: welche? Wann?

Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren: ja nein

Wenn ja: wie viele? : per Kaiserschnitt? : ja nein

Fortsetzung: **Fragebogen Inkontinenz**

Name:

Hatten Sie in den vergangenen Monaten Harnwegsinfektionen? ja nein

Wenn ja: wann und wie oft?

Hatten Sie dabei Fieber? ja nein

Ist es Ihnen möglich, die Harnblase komplett zu entleeren? ja nein

Weshalb gehen Sie üblicherweise zum Wasserlassen? Harndrang Gewohnheit vorbeugend

Wie oft gehen Sie am Tag zur Toilette?

Verlieren Sie nachts im Schlaf Urin? ja nein

Wann verlieren Sie Urin? Beim: Husten Niesen Lachen Springen Gehen Laufen
 Heben Stehen Sitzen Liegen Treppensteigen

Verlieren Sie auch Urin, ohne es sofort zu bemerken? ja nein

Müssen Sie sofort zur Toilette gehen, wenn Sie einen Harndrang verspüren?

ja, sofort möglichst schnell (innerhalb von 10 min)

oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig ich kann auch länger warten

Kommt es vor, dass Sie auf dem Weg zur Toilette bereits Urin verlieren? ja nein

Werden Sie nachts wach, weil Sie Harndrang verspüren? ja nein

Wenn ja: müssen Sie dann zur Toilette gehen? ja nein

Verspüren Sie ein Brennen beim Wasserlassen? ja nein

Gibt es andere Auffälligkeiten, die Sie beobachtet haben?

.....

Benutzen Sie Vorlagen? ja nein Wenn ja: wie viele pro Tag?

Welche Größe bzw. Saugstärke?

Haben Sie geregelten Stuhlgang? ja nein Leiden Sie unter Verstopfung? ja nein

Können Sie Winde halten? ja nein Können Sie Stuhlgang halten? ja nein

Wieviel trinken Sie etwa pro Tag? ca. Liter

Was trinken Sie? Mineralwasser Kaffee Tee Sonstiges:

Ihr Gewicht: kg

Ihre Größe: cm