

Fragebogen Kontinenz

Patient:

Geburtsdatum:

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Einmal pro Woche oder seltener | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Zwei- bis dreimal pro Woche | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Einmal täglich | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Mehrmals täglich | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Ständig | 5 |

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- | | | |
|--------------------------|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Kein Urinverlust | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Eine geringe Menge | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Eine mittelgroße Menge | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Eine große Menge | 6 |

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | stark |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

4. Wann kommt es zum Urinverlust?

- Zu keiner Zeit
- Bevor Sie die Toilette erreichen können
- Beim Husten, Niesen, Laufen u.s.w.
- Im Schlaf
- Bei körperlicher Anstrengung und Sport
- Nach dem Wasserlassen
- Aus keinem ersichtlichen Grund
- Urinverlust tritt ständig auf

5. Wieviel Vorlagen benötigen Sie pro Tag?

- Keine
- Nur eine Sicherheitsvorlage
- Inkontinenzvorlagen: Tagsüber: Nachts:

Datum