

Anamnesebogen zur Abklärung der Harninkontinenz

Liebe Patientin,
bei Ihnen wurde eine Inkontinenz diagnostiziert. Die Ursachen können vielfältig sein es steht Ihnen womöglich eine Operation bevor. Um die bestmögliche Therapie für Sie auszuwählen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen vorab zu beantworten.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? _____

Was stört Sie am meisten? _____

Verlieren Sie ungewollt Urin?

Ja	Nein
----	------

Wie lange verlieren Sie schon ungewollt Urin?	Monate:	Jahre:
Die Beschwerden begannen	allmählich	plötzlich

Bei welcher Gelegenheit kommt es zu ungewolltem Urinabgang?

	Lachen, Husten , Niesen		
	Springen, Hüpfen		
	Heben von Lasten, körperlicher Anstrengung, Sport		
	Gehen, Laufen, Treppen steigen		
	Wechsel vom Liegen zum Stehen/zum Sitzen		
	in Ruhe		
	nachts, im Schlaf		
Wie oft verlieren Sie ungewollt Urin?	selten	täglich	mehrmals täglich
Wie groß sind die Urinmengen?	Tropfen	Spritzer	Größere Mengen
Verlieren Sie manchmal Urin durch Nachträufeln?	Ja	manchmal	Nein
Tragen Sie regelmäßig Vorlagen wegen des Urinverlustes?		Ja	Nein
Slipereinlagen	Monatsbinden	Inkontinenzbinden	Menge/Tag
Wie oft müssen Sie tagsüber Wasserlassen?	Jede Stunde	Alle 2 Std.	Alle 3 Std. Seltener
Warum gehen Sie üblicherweise tagsüber Wasserlassen?	Harndrang	Gewohnheit	Vorbeugend
Wie oft gehen Sie üblicherweise nachts zum Wasserlassen?		Anzahl:	
Schätzen Sie bitte Ihre tägliche Trinkmenge:		Liter	
Haben Sie den Eindruck, Ihre Harnblase entleert sich nicht vollständig?	Ja	manchmal	Nein

Anamnesebogen zur Abklärung der Harninkontinenz

Haben Sie zwanghaft Harndrang?	Ja	manchmal	Nein
Erreichen Sie die Toilette noch, wenn Sie Drang verspüren?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen?	Ja	manchmal	Nein
Können Sie Winde halten?	Ja	manchmal	Nein
Neigen Sie zu Verstopfung oder hartem Stuhlgang?	Ja	manchmal	Nein

ICIQ Score

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?
Bitte ein Feld ankreuzen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr schlechtausgezeichnet

Kontinenz Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

1. Wie häufig verlieren Sie Harn?
Bitte ein Feld ankreuzen

niemals 0

ungefähr 1 mal pro Woche oder 1

zwei- oder dreimal pro Woche 2

ungefähr 1 mal pro Tag 3

mehrmals am Tag 4

ständig 5

2. Wie viel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)
Bitte ein Feld ankreuzen

kein Harnverlust 0

eine kleine Menge Harn 2

eine mittelgroße Menge Harn 4

eine große Menge Harn 6

3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?
Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nichtschwerwiegend

Bearbeitung durch das Zentrum - Diese Seite ist nicht durch den Patienten zu bearbeiten -

ICIQ-Summen-Score (1+2+3):		Keine Inkontinenz	0
<input type="checkbox"/> Prätherapeutisch		Leichte Inkontinenz	bis 1-5
<input type="checkbox"/> Posttherapeutisch		Mäßige Inkontinenz	bis 6-10
		Starke Inkontinenz	≥ 11
		Maximale Punktzahl:	21