



Inkontinenz-Fragebogen

Datum:

Name, Vorname

Inkontinenz-Fragebogen

Drang-Score Belastungs-Score

1. Wie oft verlieren Sie ungewollt Urin?

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| selten, gelegentlich | | 1 |
| täglich, mehrmals täglich, dauernd | 1 | |

2. Wie groß sind die Urinmengen, die Sie verlieren?

| | | |
|----------------|---|---|
| einige Tropfen | | 1 |
| größere Mengen | 1 | |

3. Das verlieren von Urin

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| stört mich nur gelegentlich | | 2 |
| behindert mich enorm | 1 | |

4. in welchen Situationen verlieren Sie Urin?

| | | |
|------------------------|---|---|
| beim Husten und Niesen | | 1 |
| beim Sitzen, im Liegen | 1 | |

5. Frauen: Haben Sie Kinder geboren?

Männer: Hatten Sie Operationen an der Prostata

| | | |
|------|---|---|
| Ja | | 1 |
| Nein | 0 | |

6. wie häufig müssen Sie täglich Wasserlassen?

| | | |
|------------|---|---|
| Alle 3-6 h | | 3 |
| Alle 1-2 h | 2 | |

7. müssen Sie auch nachts Wasserlassen?

| | | |
|-------------------|---|---|
| nie, einmal | | 2 |
| 2-4 mal, häufiger | 3 | |

8. verlieren Sie auf dem Weg zur Toilette Urin?

| | | |
|-----------------|---|---|
| niemals, selten | | 2 |
| fast immer | 2 | |

9. wenn Sie Harndrang verspüren, müssen sie dann sofort gehen oder können sie noch abwarten?

| | | |
|--|---|---|
| kann warten, muss bald 10-15 min gehen | | 2 |
| muss sofort gehen | 3 | |

verspüren Sie plötzlich starken Harndrang und verlieren Sie kurz darauf Urin, ohne dass Sie es verhindern können?

| | | |
|----------------------|---|---|
| nie | | 2 |
| gelegentlich, häufig | 3 | |

11. verlieren Sie nachts im Schlaf Urin?

| | | |
|--------------------|---|---|
| Nein, nie | | 1 |
| häufig, regelmäßig | 1 | |

12. besteht häufiger, kaum unterdrückbarer Harndrang?

| | | |
|------------------------------|---|---|
| eigentlich nie, gelegentlich | | 2 |
| oft, behindert mich sehr | 3 | |



Inkontinenz-Fragebogen

13. der häufige, kaum unterdrückbarer Harndrang ist für mich

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| eigentlich kein Problem | | 2 |
| stört, behindert mich stark | 2 | |

14. haben sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen vollkommen leer ist?

| | | |
|------|---|---|
| Ja | | 1 |
| Nein | 2 | |

15. können Sie den Harnstrahl willkürlich unterbrechen?

| | | |
|------|---|---|
| Ja | | 1 |
| Nein | 2 | |

16. wie viel wiegen Sie?

| | | |
|-------------|---|---|
| Über 70 kg | | 2 |
| Unter 70 kg | 0 | |

Summe: