

## Ärztlicher Fragebogen zum Thema Harninkontinenz

Bitte ausgefüllt in die Gynäkologische Praxis Annette Rohde-Wehner mitbringen!

Name:                      Alter:      Größe:      Gewicht:      Raucher:

1. Wieviel trinken Sie am Tag?

bis zu 1 Liter/Tag     1-1,5 l/Tag     1,5 l/Tag     2-3 l/Tag

2. Wie häufig gehen Sie tagsüber zur Toilette?

bis 7-mal (normal)     7-10 Mal (ca. alle 2h)     10-15 Mal (ca. alle 1-2h)     mehr als 15-mal (stündlich)

3. Müssen Sie bei Harndrang sofort zur Toilette gehen?  Ja     Nein

4. Verlieren Sie dabei Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?     Ja     Nein

5. Haben Sie Harndrang bevor es zum Einnässen kommt?     Ja     Nein

6. Haben Sie Harnverlust ohne vorhergehenden Harndrang,     Ja     Nein  
z.B. bei körperlicher Belastung?

Wenn ja:     Beim Husten, Niesen oder Lachen (Grad 1)

Beim Aufstehen oder Treppensteigen (Grad 2)

Im Stehen oder Liegen (Grad 3)

7. Können sie den Harnstrahl willkürlich unterbrechen?     Ja     Nein

8. Wie oft müssen sie in der Nacht zur Toilette? ( > 2-mal =Nykturie)

0 bis 1-mal     2-mal                       3-mal                       >3-mal

9. Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

10. In welchem Zusammenhang traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

Nach einer (Unterleibs-) Operation. Welche? \_\_\_\_\_

andere Ursache/Krankheit (z.B. Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz) Welche? \_\_\_\_\_

11. Benutzen sie Vorlagen oder Binden?

Nein                       Ja: Anzahl pro Tag \_\_\_\_\_, Anzahl pro Nacht \_\_\_\_\_

12. Wie stark fühlen sie sich in ihrer Lebensqualität durch den Urinverlust beeinträchtigt?

(gar nicht =1, stark=10)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

13. Verspüren sie beim Wasserlassen ein Brennen (Infekt)?

Nein                       wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

14. Leiden sie an Glaukom/ grünem Star?     Ja     Nein

15. Welche Medikamente nehmen sie ein?

\_\_\_\_\_

16. Wie viele Geburten hatten sie? \_\_\_\_\_

Davon durch vaginale Entbindung: \_\_\_\_\_, durch Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_, durch Saugglocke/Zange: \_\_\_\_\_

17. Haben sie im Stehen oder beim Harnlassen ein Fremdkörper- oder Druckgefühl in der Scheide?

Nein       Ja Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

18. Wie steht es mit ihrer Periode?

regelmäßig       keine Periode mehr, seit \_\_\_\_\_

in den Wechseljahren