

Seit wann verlieren Sie Urin?

Jahre, Monate, Wochen (*zutreffendes unterstr.*)

ich verliere keinen Urin

Bitte beantworten Sie die nächsten 4 Fragen nur, wenn Sie Urin verlieren?

In welcher(n) Situation(en) verlieren Sie Urin?

Husten Niesen Lachen

Gehen Springen Turnen

Sitzend Liegend

anderes: _____

Schätzen Sie bitte die verlorene Urinmenge ein:

Tropfen

Spritzer

grössere Mengen

weiss nicht

Wie oft verlieren Sie Urin?

Selten

nur bei Erkältung

täglich

mehrmals täglich

dauernd

Verlieren Sie auch Urin, ohne dass Sie es sofort merken?

nein

nur nachts

nur am Tag

Tag und Nacht

Wie oft entleeren Sie tagsüber die Blase

alle _____ (Stunden, Minuten)

sehr unterschiedlich

Wie häufig müssen Sie nachts wegen Harndrang zur Toilette?

_____ Mal

Wie schnell müssen Sie zur Toilette, wenn Sie Harndrang haben?

kann mehr als eine Stunde warten

innerhalb ca. 1 Stunde

innerhalb 30 - 60 Minuten

innerhalb 15 - 30 Minuten

innerhalb 5-15 Minuten

kann nicht warten

Hatten Sie schon Blasenentzündungen

nein, nie

ja, wann _____

wiederholte Infektionen: ca. _____ mal pro Jahr

Verspüren Sie ein Brennen beim Wasser lassen?

Ja

Nein

Wie empfinden Sie den Harnstrahl?

kräftig, normal

schwach

Harnstottern

Harnverhaltungen

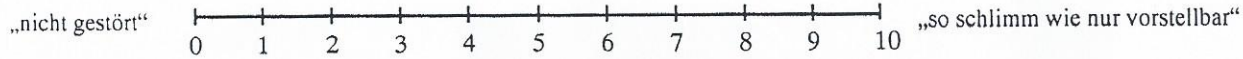
Wie entleeren Sie die Harnblase?

- problemlos
- habe das Gefühl, dass Urin zurückbleibt
- Tröpfeln am Schluss
- Entleerung in mehreren Portionen

Wie stark stören Sie die oben geschilderten Beschwerden?

- stören mich nicht
- gelegentlich gestört
- stark gestört

Bitte tragen Sie auf der unten stehenden Skala ein, wie stark sie durch die Beschwerden gestört sind



Haben Sie wegen diesen Beschwerden schon eine Behandlung durchgeführt?

Beckenbodengymnastik: (Bitte erklären Sie kurz wie)

Medikamente: (welche)

Hormone: (welche)

Operation wegen „schwacher Blase“: (Wann, wo, welcher Art)

Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?

- nein
- mit Bauchschnitt
- von der Scheide her

wann? 19 ____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

____ Kinder

____ Kinder mit Zange, Vakuum

____ Kinder mit Kaiserschnitt

keine

Wie schwer war das schwerste Kind?

____ Gramm

Hatten Sie die „Abänderung“ (Menopause)

ja, ____ -jährig

nein

Nehmen Sie Hormone ein?

nein

ja, Tabletten, Pflaster, Spritzen, Crème, Zäpfchen
(zutreffendes unterstreichen)

Name des Präparates: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____