



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt komplett aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Wieviel Flüssigkeit (alle Getränke) trinken Sie am Tag:**

\_\_\_\_\_

**Wie oft verlieren Sie ungewollt Urin?**

selten

täglich

**Wie groß sind die Urinmengen, die Sie verlieren?**

einige Tropfen

größere Mengen

**In welchen Situationen verlieren Sie Urin?**

beim Husten und Niesen

beim Sitzen und Liegen

**Wie häufig müssen Sie täglich Wasser lassen?**

Alle 3-6 Stunden

alle 1-2 Stunden

**Müssen Sie auch nachts Wasser lassen?**

Nie oder 1x

2-4x, häufiger

**Verlieren Sie auf dem Weg zur Toilette Urin?**

Niemals, selten

fast immer

**Wenn Sie Harndrang verspüren, müssen Sie dann sofort gehen oder können Sie noch abwarten?**

Kann warten, muss bald gehen (10-15 Min)

muss sofort gehen

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

Nie

gelegentlich, häufig

**Verlieren Sie nachts im Schlaf Urin?**

Nein, nie

häufig, regelmäßig

**Bitte wenden!**





**Besteht häufiger, kaum unterdrückbarer Harndrang?**

- Eigentlich nie, gelegentlich  oft

**Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen komplett leer ist?**

- Ja  nein

**Stört es Sie sehr, dass Sie ungewollt Urin verlieren?**

- stört mich gar nicht/wenig  belastet mich enorm

**Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren?**

- Ja  Nein

**Für Männer: Sind Sie an der Prostata operiert worden?**

- Ja  Nein

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: M.Parkinson, Demenz, Diabetes mellitus, Schlaganfall, Multiple Sklerose oder Wirbelsäulenerkrankung?**

---

---

---

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!