



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!