

# Anamnesebogen zur Abklärung der Harninkontinenz

Liebe Patientin,

bei Ihnen wurde eine Inkontinenz diagnostiziert. Die Ursachen können vielfältig sein es steht Ihnen womöglich eine Operation bevor. Um die bestmögliche Therapie für Sie auszuwählen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen vorab zu beantworten.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? \_\_\_\_\_

Was stört Sie am meisten? \_\_\_\_\_

Verlieren Sie ungewollt Urin? 

Ja	Nein
----	------

Wie lange verlieren Sie schon ungewollt Urin?	Monate:	Jahre:
Die Beschwerden begannen .....	allmählich	plötzlich

Bei welcher Gelegenheit kommt es zu ungewolltem Urinabgang?

	Lachen, Husten , Niesen			
	Springen, Hüpfen			
	Heben von Lasten, körperlicher Anstrengung, Sport			
	Gehen, Laufen, Treppen steigen			
	Wechsel vom Liegen zum Stehen/zum Sitzen			
	in Ruhe			
	nachts, im Schlaf			
Wie oft verlieren Sie ungewollt Urin?	selten	täglich	mehrmals täglich	
Wie groß sind die Urinmengen?	Tropfen	Spritzer	Größere Mengen	
Verlieren Sie manchmal Urin durch Nachträufeln?	Ja	manchmal	Nein	
Tragen Sie regelmäßig Vorlagen wegen des Urinverlustes?		Ja	Nein	
Slipelinagen	Monatsbinden	Inkontinenzbinden	Menge/Tag	
Wie oft müssen Sie tagsüber Wasserlassen?	Jede Stunde	Alle 2 Std.	Alle 3 Std.	Seltener
Warum gehen Sie üblicherweise tagsüber Wasserlassen?	Harndrang	Gewohnheit	Vorbeugend	
Wie oft gehen Sie üblicherweise nachts zum Wasserlassen?			Anzahl:	
Schätzen Sie bitte Ihre tägliche Trinkmenge:			Liter	

# Anamnesebogen zur Abklärung der Harninkontinenz

Stören Sie die Beschwerden des ungewollten Urinabgangs? <i>(von 10 = stark bis 0 = gar nicht)</i>			
Haben Sie den Eindruck, Ihre Harnblase entleert sich nicht vollständig?	Ja	manchmal	Nein
Wird der Harnstrahl unwillkürlich unterbrochen und beginnt das Wasserlassen dann wieder?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen zu beginnen?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie zwanghaft Harndrang?	Ja	manchmal	Nein
Erreichen Sie die Toilette noch, wenn Sie Drang verspüren?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen?	Ja	manchmal	Nein
Können Sie Winde halten?	Ja	manchmal	Nein
Neigen Sie zu Verstopfung oder hartem Stuhlgang?	Ja	manchmal	Nein
Neigen Sie zu Durchfall?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie Schmerzen im Unterbauch?	Ja	manchmal	Nein
Haben Sie beim Geschlechtsverkehr tiefe Schmerzen im Becken?	Ja	manchmal	Nein
Wie viele Kinder haben Sie geboren?	Anzahl:		
Kaiserschnittentbindungen?	Anzahl:		
Hatten ein oder mehrere Ihrer Kinder ein Geburtsgewicht über 4000 g?	Ja	Nein	
Hatten Sie eine Bauch-, Unterleibs- oder Inkontinenzoperation?	Ja	Nein	
Welche? _____			
Nehmen Sie Hormone ein? (Pflaster, Tabletten, Salben)	Ja	Nein	
Welche? _____			
Hatten Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein	
Welche? _____			
Nennen Sie bitte noch Alter, Größe, Gewicht	Jahre	cm	kg