

Um Ihnen und uns den Einstieg ins Gespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, vorab einige Fragen zu beantworten. Dies verkürzt auch Dokumentations- und damit Wartezeiten.
Sollten Sie im Laufe der Gespräche oder Untersuchungen Fragen haben, oder etwas nicht verstehen, können Sie jederzeit dazwischen fragen.
Ganz wichtig: keine Frage ist zu banal oder peinlich!!

Inkontinenzfragebogen nach ICIQ-SF 2004, modifiziert

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Datum: _____

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu ungewolltem Urinverlust?

- Nie 0
- einmal pro Woche oder seltener 1
- zwei- bis dreimal pro Woche 2
- einmal täglich 3
- mehrmals täglich 4
- ständig 5

2. Wie hoch ist der Urinverlust dabei?

- kein Urinverlust 0
- eine geringe Menge 2
- eine mittelgroße Menge 4
- eine große Menge 6

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht										stark
<input type="checkbox"/>										

4. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Lebensqualität ein?

0	1	2	3	4	5
äußerst schlecht	schlecht	mäßig	mittel	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>					

5. Wann kommt es zu Urinverlust (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|---|--|
| zu keiner Zeit <input type="checkbox"/> | bei körperlicher Anstrengung/ Sport <input type="checkbox"/> |
| bevor Sie die Toilette erreichen <input type="checkbox"/> | nach dem Wasserlassen <input type="checkbox"/> |
| beim Husten, Niesen, Laufen <input type="checkbox"/> | aus keinem ersichtlichen Grund <input type="checkbox"/> |
| im Schlaf <input type="checkbox"/> | der Urinverlust tritt ständig auf <input type="checkbox"/> |

6. Wie viele Vorlagen benötigen Sie ca. pro Tag _____ bzw. pro Nacht _____?:

7. Haben Sie vor oder während des Urinverlustes ein Dranggefühl: JA NEIN

8. Wie oft gehen Sie durchschnittlich tags _____ und wie oft nachts _____ zur Toilette?

Geltungsbereich: NA_Urologie	Standarddokument Inkontinenzfragebogen nach ICIQ-SF 2004, modifiziert	 ID-Nummer: D315
--	--	---

9. Wieviel trinken sie insgesamt pro Tag _____?

- 10. Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?** JA NEIN
Leiden Sie unter ungewollten Stuhlverlust? JA NEIN
Leiden Sie unter Verstopfung? JA NEIN

Und nun noch ein paar allgemeine Fragen...

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja welche?

Hatten Sie bereits eine Unterleibsoperation ? Haben Sie Kinder geboren?

(z.B. Gebärmutterentfernung, Leistenbruchoperation, Blasen- oder Prostataoperation, Inkontinenzoperation)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankung (ggf. bitte ankreuzen)?

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
 Schilddrüsenerkrankung
 Herzkreislauferkrankung
 Nierenerkrankung
 Neurologische Erkrankung
 (z.B. Polyneuropathie, Parkinson, Bandscheibenprobleme, Multiple Sklerose)
 Glaukom (erhöhter Augendruck)
 Allergien

Über Rückmeldung jeglicher Art, z.B. ob Sie diesen Fragebogen oder eine Untersuchung als besonders unangenehm oder gar schmerzhaft empfunden haben, sind wir immer dankbar. Vielleicht kann Manches optimiert werden.

Wir wünschen Ihnen Gute Besserung.

Verfasser: M. Niemeyer	Freigabe: Haag Ulrich	Nächste Revision: 02.08.2025
Version: 4 Freigegeben am: 02.08.2024	Bestellnummer:	Seite 2 von 2