

Patientenfragebogen (Kurzversion)



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____ email: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____ Versicherung: _____

Allergien: _____

Ich bin mit dem Wasserlassen zufrieden weitestgehend zufrieden unzufrieden

Wie oft müssen Sie **durchschnittlich am Tage** Wasserlassen? _____ -mal

Wie oft müssen Sie **durchschnittlich nachts** Wasserlassen? _____ -mal

Wie viel Flüssigkeit (in Litern) trinken Sie **durchschnittlich pro Tag**? _____ Liter

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein

Schmerzen beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein

Brennen beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein

Rötlich verfärbter/blutiger Urin? Ja, seit _____ Nein

Ungewöhnlich riechender Urin? Ja, seit _____ Nein

Der **Beginn des Wasserlassens** ist prompt verzögert

Der **Harnstrahl** ist kräftig leicht abgeschwächt stark abgeschwächt

Müssen Sie **Drücken oder Pressen beim Wasserlassen?** Ja Nein

Das die **Dauer des Wasserlassens** ist normal verlängert

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

Ja Nein, ich kann kurze Zeit später wieder auf Toilette gehen.

Hatten Sie jemals **Nieren-/Harnleiter- oder Blasensteine?**

Ja, zuletzt _____ Nein

Sind in Ihrer **Familie Nierensteine/Harnleitersteine/Blasensteine bekannt?**

Ja, bei _____ Nein

Kennen Sie **überfallsartigen, kaum unterdrückbaren Harndrang?**

nie selten gelegentlich häufig immer

Verlieren Sie ungewollt Urin? Ja, seit _____ Nein

Urinverlust beim Husten/Niesen Heben Bücken Laufen Liegen

Es kommt zum Urinverlust, weil der Harndrang zu stark ist und ich es nicht rechtzeitig auf die Toilette schaffe. Ja, seit _____ Nein

Ich benötige **tagsüber** keine Vorlagen _____ Vorlagen, diese sind meist

trocken feucht nass.

Ich benötige **nachts** keine Vorlagen _____ Vorlagen, diese sind meist

trocken feucht nass.

Der ungewollte Urinverlust wurde bisher nicht behandelt medikamentös behandelt

mit Beckenbodentraining behandelt operativ behandelt (welche OP/Wann?)

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (v. a. blutverdünnende Medikamente oder Diabetes-medikamente)?

Nein

Ja, folgende Medikamente haben sich geändert / ich nehme folgende Medikamente ein:

Datum Unterschrift Patientin / Patient