

# 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