

Viele Menschen haben gelegentlich Probleme mit unwillkürlichem Harnverlust. Wir versuchen zu ermitteln, wie viele Menschen ungewollt Harn verlieren, und wie sehr dies ein Problem für sie ist. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten würden und dabei daran denken, wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

1 Bitte tragen Sie Ihr Geburtsdatum ein: _____

2 Sind Sie? (Bitte ein Feld ankreuzen): weiblich männlich

3 Wie häufig verlieren Sie Harn? (Bitte ein Feld ankreuzen)

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| niemals | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ungefähr 1 mal pro Woche oder weniger | <input type="checkbox"/> | 1 |
| zwei oder drei mal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ungefähr 1 mal pro Tag | <input type="checkbox"/> | 3 |
| mehrmals am Tag | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ständig | <input type="checkbox"/> | 5 |

4 Wir würden gerne wissen, wieviel Harn Sie Ihrer Meinung nach verlieren.

Wieviel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon, ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)
(Bitte ein Feld ankreuzen)

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| kein Harnverlust | <input type="checkbox"/> | 0 |
| eine kleine Menge Harn | <input type="checkbox"/> | 2 |
| eine mittlere Menge Harn | <input type="checkbox"/> | 4 |
| eine große Menge Harn | <input type="checkbox"/> | 6 |

5 Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag? Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| überhaupt nicht | | | | | | | | | | schwerwiegend |

Summenscore der Fragen 3+4+5

6 Wann verlieren Sie Harn? (Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen)

| | |
|---|--------------------------|
| niemals – kein Harnverlust | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust beim Husten oder Niessen | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust während des Schlafes | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden | <input type="checkbox"/> |
| Harnverlust ohne erkennbare Ursache | <input type="checkbox"/> |
| ständiger Harnverlust | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

