

Vertiefende Anamnese Harnkontinenz

Nr.		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Überprüfung Daten			
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Datum	Hdz.		
Fragen:																			
1	Verlieren Sie ungewollt Urin / haben Harntröpfeln?																	unverändert	
2	Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?																		
3	Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?																		
4	Tragen Sie Vorlagen / Einlagen?																		
5	Kommen Sie mit Ihren aktuellen Hilfsmitteln der Kontinenzversorgung zurecht?																		
6	Verspüren Sie häufig starken Harndrang?																		
7	Verspüren Sie ein Brennen beim Wasserlassen?																		
8	Haben Sie ständig das Gefühl einer nicht geleerten Blase?																		
9	Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?																		
10	Fühlen Sie sich im täglichen Leben durch Kontinenzprobleme eingeschränkt?																		
11	Können Sie nur auf die Toilette bei geschlossener Tür?																		
12	Können Sie nur bei offenem Fenster auf die Toilette?																		
13	Können Sie, wenn noch jemand im Raum ist?																		
14	Können Sie nur, wenn der Wasserhahn läuft?																		
Beobachtungen:																			
15	Häufige Toilettengänge des Patienten																		
16	Patient versteckt verunreinigte Wäsche																		
17	Urin riecht auffällig																		
Risiko liegt vor:																			
Hdz.																			