

# Anamnesebogen zur Abklärung der Harninkontinenz

Name \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## 1. Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?

- Jede Stunde       Alle 3 Stunden  
 Alle 2 Stunden       Noch seltener

## 2. Wie oft müssen Sie während der Nacht Urin lassen?

- 0- bis 1-mal       2- bis 4-mal  
 1- bis 2-mal       mehr als 4-mal

## 3. Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer nicht vollständig entleerten Blase?

- Ja       Nein       Manchmal

## 4. Kommt es bei Ihnen zu ungewolltem Urinabgang?

- Nie       Jeden Tag  
 Manchmal       Mehrmals täglich

## 5. Wie groß sind jeweils die Urinmengen beim Einnässen?

- Nur wenige Tropfen       Wäsche wird nass  
 Wäsche wird feucht

## 6. Bei welcher Gelegenheit kommt es zu ungewolltem Einnässen?

- Beim Husten, Niesen oder Lachen       Beim Heben schwerer Lasten  
 Beim Sport       Bei Aufregung  
 Bei körperlicher Anstrengung       Im Schlaf  
 Bei Kontakt mit kaltem Wasser       Ohne jeden Anlass

## 7. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Seit \_\_\_\_\_

- Es begann ganz plötzlich       Es begann ganz allmählich

## 8. Müssen Sie sofort zur Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?

- Ja, sofort       Oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig  
 Möglichst bald, innerhalb von ca. 10 Minuten warten       Ich kann auch länger

## 9. Kommt es vor, dass Sie plötzlichen Harndrang verspüren und gleich darauf Urin verlieren, ohne es verhindern zu können?

- Nein       Selten       Oft

## 10a. Spüren Sie Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?

- Ja       Nein       Manchmal

## 10b. Können Sie den Harnstrahl unterbrechen?

- Ja       Nein

## 11. Hatten Sie eine Bauch- oder Unterleibsoperation?

- Ja       Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## 12. Benutzen Sie Vorlagen/Binden?

- Nein       Ja, \_\_\_\_\_ pro Tag  
\_\_\_\_\_ pro Nacht

## 13. Welche Medikamente (z. B. Hormonpräparate, Herzmittel usw.) nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 14. Wie steht es mit dem Gewicht?

Ich wiege \_\_\_\_\_ kg bei \_\_\_\_\_ cm Körpergröße

## Zusätzliche Fragen nur für Frauen

### 15. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

Ich hatte bisher \_\_\_\_\_ Schwangerschaften

### 16. Waren die Geburten

- normal?       kompliziert? (z. B. Kaiserschnitt)

### 17. Wie steht es mit der Periode?

- Noch regelmäßig       In den Wechseljahren  
 Keine Periode mehr, seit \_\_\_\_\_

