

Fragebogen zur prä- bzw. postoperativen Harninkontinenz



**Prostata
Karzinom
Zentrum
Rhein-Ruhr**

Datum: _____

**Johanniter Krankenhaus
Oberhausen**
Steinbrinkstraße 96a
46145 Oberhausen

T: 0208 697-4000
www.klinikum-niederrhein.de

**Klinik für Urologie
Chefarzt
Prof. Dr. med. Jan Fichtner**

E-Mail Jan.Fichtner@ejk.de
T: 0208 697-4500/1
F: 0208 697-4503

Zeitpunkt der Erhebung vor OP nach OP

Patientendaten	
Name:	_____
Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____
Fallnummer:	_____

Sehr geehrte Patienten,

dieser Fragebogen hilft Ihrem behandelnden Arzt den Status Ihrer Harnkontinenz zu ermitteln und mit den eventuell bereits erhobenen Daten zu vergleichen, so dass das Ergebnis der Behandlung beurteilt werden kann. Sollten Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Bogens haben, helfen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne, sprechen Sie uns einfach an.

1. Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?	2. Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?
<input type="radio"/> jede Stunde <input type="radio"/> alle 2 Stunden <input type="radio"/> alle 3 Stunden <input type="radio"/> noch seltener	<input type="radio"/> 0 - 1 mal <input type="radio"/> 2 - 4 mal <input type="radio"/> 5 - 7 mal <input type="radio"/> mehr als 7 mal

3. Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer nicht vollständig entleerten Blase?	4. Kommt es vor, dass Sie plötzlichen Harndrang verspüren und gleich darauf Urin verlieren ohne es verhindern zu können?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> Ja, immer	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> oft

		Datum	Name
Erstausgabe am: 01.10.2009	Gültig bis: 28.09.2011	Erstellt:	28.09.2009 F.Radefeld
Revision: 00.0	Revision vom:	Geprüft:	28.09.2009 Dr. F. Kaiser
Datei: FO_02_12_AP_006		Freigegeben:	28.09.2009 Prof. Dr. J. Fichtner

Fragebogen zur prä- bzw. postoperativen Harninkontinenz



5. Kommt es bei Ihnen zu ungewolltem Urinabgang?	6. Welche Urinmengen treten bei ungewolltem Urinabgang auf?
<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> jeden Tag <input type="radio"/> mehrmals täglich	<input type="radio"/> nur wenige Tropfen <input type="radio"/> die Unterwäsche wird feucht <input type="radio"/> die Unterwäsche wird nass

7. Bei welcher Gelegenheit kommt es zu ungewolltem Urinabgang?	8. Müssen Sie sofort zur Toilette gehen, wenn Sie einen Harndrang verspüren?
<input type="radio"/> beim Sport <input type="radio"/> beim Husten, Niesen oder Lachen <input type="radio"/> bei körperlicher Anstrengung <input type="radio"/> bei Kontakt mit kaltem Wasser <input type="radio"/> bei Aufregung <input type="radio"/> im Schlaf <input type="radio"/> ohne jeden Anlass	<input type="radio"/> ja, sofort <input type="radio"/> möglichst bald <input type="radio"/> innerhalb von 10 Minuten <input type="radio"/> innerhalb von 30 Minuten <input type="radio"/> ich kann auch länger warten

9. Kommt es vor, dass Sie plötzlichen Harndrang verspüren und gleich darauf Urin verlieren ohne es verhindern zu können?	10. Spüren Sie Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> nein

10. Können Sie den Harnstrahl beim Wasserlassen unterbrechen?	11. Benutzen Sie Vorlagen oder Binden?
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Anzahl pro Tag: _____ Anzahl pro Nacht: _____