

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen Mann bei Harninkontinenz

Anamnese	
Beruf	
Sport/Hobbies	
Diagnose	
Operation	
OP-Datum:	
Art der Operation:	<input type="checkbox"/> TUR-P <input type="checkbox"/> Radikale Prostatektomie: <input type="checkbox"/> offene <input type="checkbox"/> laparoskopische <input type="checkbox"/> Neoblase <input type="checkbox"/> andere
Datum der Katheterentfernung:	
Bestrahlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktuelle Beschwerden	
Hauptproblem:	
Seit wann haben Sie Beschwerden?	
Urinverlust	
<input type="checkbox"/> mit Harndrang	<input type="checkbox"/> ohne Harndrang
Wann?	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> Lachen <input type="checkbox"/> Heben <input type="checkbox"/> Treppensteigen <input type="checkbox"/> Laufen <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Abwärts Gehen <input type="checkbox"/> Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Lageveränderungen <input type="checkbox"/> Ohne Auslöser <input type="checkbox"/> Anderes:
Wie oft?	<input type="checkbox"/> täglich ____x <input type="checkbox"/> wöchentlich ____x <input type="checkbox"/> nachts ____x
Spüren Sie den Urinverlust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brauchen Sie Einlagen?	tagsüber: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      nachts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Slipseinlagen Größe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > Anzahl der Einlagen in 24 Stunden in Stück: <input type="checkbox"/> Uralkondom
Harndrang	
Verspüren Sie Harndrang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Können Sie beim Harndrang noch zuwarten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie vermehrten Harndrang in gewissen Situationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> fließendes Wasser <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Aufregung <input type="checkbox"/> WC-Türe <input type="checkbox"/> Heimkommen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Schmerz	
<b>Verspüren Sie Schmerzen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, wo?</b>	<input type="checkbox"/> Schmerz oder Brennen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> beim Sitzen <input type="checkbox"/> Anderes
Trink- und Toilettenverhalten	
<b>Was trinken Sie? Wie oft?</b>	
<b>Wie oft gehen Sie tagsüber auf die Toilette?</b>	
<b>Wie oft gehen Sie nachts auf die Toilette?</b>	
<b>Maximale Blasenfüllung? (ml)</b>	
<b>Art des Wasserlassens?</b>	<input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend
<b>Strahl</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> Unterbruch <input type="checkbox"/> Anfangsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> Gefühl von unvollständiger Blasenentleerung <input type="checkbox"/> Nachtröpfeln <input type="checkbox"/> mit Pressen
Anderes	
<input type="checkbox"/> Krankheiten	<input type="checkbox"/> Chronischer Husten (Allergien, Rauchen, Erkältung)?
<input type="checkbox"/> Chronische Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Stuhlverlust?
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen?	<input type="checkbox"/> Pflasterunverträglichkeit?
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Blutungen?
<input type="checkbox"/> Schwellungen?	<input type="checkbox"/> Lymphprobleme (Genitalbereich, Beine, Anderes)?
Medikamente	
<b>Hormonpräparate</b>	
<b>Blasenmedikamente</b>	
<b>Andere:</b>	
Erektionsfähigkeit	
<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100%	Dauer der Erektion: _____ Minuten
Leidensdruck	
<input type="checkbox"/> 0 - gering <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 - mittel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 - stark	
Subjektives Ziel der Therapie	