

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer Fähigkeit, den Harn zu kontrollieren, zu beantworten:

Frage	Bewertung										
	nie	max. 1x pro Woche	2-3x pro Woche	1x am Tag	Mehrmals am Tag	ständig					
Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?	0	1	2	3	4	5					
	Kein Verlust	Eine geringe Menge	Eine mittelgroße Menge	Eine große Menge							
Wie hoch ist der Urinverlust?	0	2	4	6							
Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ICIQ-Summen-Score _____

0 keine Inkontinenz | 1-5 leichte Inkontinenz | 6-10 mäßige Inkontinenz | >11 starke Inkontinenz

Wann verlieren Sie Urin? (bitte alles ankreuzen was auf Sie zutrifft)

- niemals – kein Harnverlust
- Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette
- Harnverlust beim Husten oder Niesen
- Harnverlust während des Schlafes
- Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität
- Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden
- Harnverlust ohne erkennbare Ursache
- ständiger Harnverlust

Anzahl Vorlagen:	
nachts:	_____
am Tag:	_____

Art der Vorlagen:
