

## Inkontinenz Anamnese

NAME:

GEB. DATUM:

HAUSARZT:

UROLOGE:

GYNÄKOLOGE:

Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Seit wann die Beschwerden: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: Diabetes: ja  nein   
 Herzinfarkt: ja  nein  Größe: \_\_\_\_\_ cm  
 Schlaganfall: ja  nein  Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Lungenerkrankung: ja  nein   
 Krebserkrankung: ja  nein

Raucher: ja  nein  Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Stuhlgang tägl.: ja  nein  Stuhlinkontinenz: ja  nein

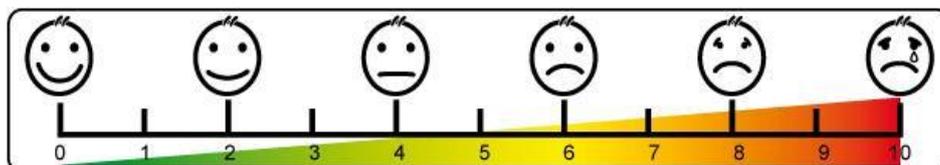
Harnverlust: In der Nacht: ja  nein   
 Bei Bewegung: ja  nein   
 Beim Husten: ja  nein   
 Mit Drang: ja  nein   
 Mit Schmerzen: ja  nein   
 Unbemerkt: ja  nein

Vorlagen/Tag: ja  (wieviele: \_\_\_\_\_) nein

Trinkmenge/Tag: Kaffee: ja  (wieviel: \_\_\_\_\_) nein   
 Alkohol: ja  (wieviel: \_\_\_\_\_) nein   
 Nach 18Uhr: ja  (wieviel: \_\_\_\_\_) nein

Vorbehandlung: Band-Operation: ja  nein   
 Blasenmedikamente: ja  nein   
 Botox: ja  nein   
 Beckenbodengymnastik: ja  nein   
 Physiotherapie: ja  nein

Leidensdruck:



(bitte markieren)