



**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



Datum:			
Name, Vorname:			Geb. Dat.:
Adresse: Straße, Hausnr.:			
Adresse: PLZ		Ort	
Telefonnummer für Rückfragen:			
E-Mail-Adresse: @ .de			
Gewicht: kg		Körpergröße: cm	
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Operationsarten, Unterleib:			
<input type="checkbox"/> Operationsarten, Unterleib:			
<input type="checkbox"/> Geburten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl gesamt:	
<input type="checkbox"/> davon Kaiserschnitte (Anzahl):			

Bitte beim Ausfüllen der Fragebögen beachten: sofern nicht anders angegeben, bitte nur 1 Antwort ankreuzen, und zwar die, die am zutreffendsten erscheint; bitte keine eigenen Antworten hinzufügen!

Es folgen 5 Seiten mit ähnlichen Fragen; bitte beantworten Sie trotzdem alle Fragen. Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zur Sprechstunde mit oder schicken Sie ihn an: Klinik und Poliklinik Urologie, Kerpener Str. 62, 50937 Köln

**Sie helfen uns sehr mit Ihren Angaben, Ihre Situation besser einzuordnen,
Ihr Kontinenz- und Beckenboden-Team!**



**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 1 (ICIQ-SF=Incontinence Questionnaire Short Form), Frage 1-4

01. Wie oft verlieren Sie Urin? (bitte nur 1 Antwort ankreuzen)

- niemals
- etwa 1x pro Woche oder weniger
- 2 oder 3x pro Woche
- etwa 1x pro Tag
- mehrmals am Tag
- den ganzen Tag über

02. Wieviel Urin verlieren Sie im Durchschnitt; egal, ob Sie Vorlagen tragen oder nicht? (bitte nur 1 Antwort ankreuzen)

- keinen
- ein wenig Urin
- mäßig viel Urin
- sehr viel

03. Wie sehr beeinträchtigt Sie auf einer Skala von 0-10 der Urinverlust im Alltag? (bitte nur 1 Antwort ankreuzen)

- 0 1 3 4 5 6 7 8 9 10

gar nicht

sehr

04. Wann kommt es bei Ihnen zu Urinverlust? (hier sind mehrere Antworten möglich)

- niemals, ich habe keinen Urinverlust
- kurz bevor ich die Toilette erreiche
- beim Husten und/ oder Niesen
- beim Schlafen
- wenn ich Sport treibe oder mich bewege
- wenn ich gerade Wasser gelassen habe und mich wieder anziehe
- der Urinverlust tritt ein, ohne dass ich einen Grund dafür nennen kann
- ich habe die ganze Zeit Urinverlust
- sonstiges (hier können Sie eigene Angaben machen):

bitte mit Frage 5 weiter auf Seite 3





**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 1 (ICIQ-SF=Incontinence Questionnaire Short Form), Frage 5-7

05. Was wurde bereits gegen die Harninkontinenz unternommen? (hier sind mehrere Antworten möglich)

- nichts
- Beckenbodengymnastik
- Medikamente wenn ja, welche:
- Operationen wenn ja, welche:
- sonstiges (hier können Sie eigene Angaben machen): _____


06. Benötigen Sie Vorlagen? nein ja: bitte Anzahl pro Tag bzw. pro Nacht eintragen


- tagsüber ca.: _____ Stck nachts ca.: _____ Stck

07. Wie häufig gehen Sie zur Toilette, um Wasser zu lassen?

- tagsüber ca.: _____ mal nachts ca.: _____ mal

INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 2 (UPS = Urgency Perception Scale)

 „Ich kann in der Regel meine Tätigkeit beenden, bevor ich zur Toilette gehe.“

 „Wenn ich sofort gehe, kann ich in der Regel das Wasser so lange halten bis ich die Toilette erreiche.“

 „Ich kann in der Regel das Wasser nicht halten.“



**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



Beantworten Sie die Inkontinenzfragebögen Teil 3A und 3B nur, wenn Sie eine oder beide der kommenden Fragen mit ja beantworten können:

1) Haben/ hatten Sie einen Prolaps = Vorfall von Blase, Gebärmutter oder Enddarm?

nein Gehen Sie weiter zu Frage 2.
Inkontinenzfragebogen Teil 3A **muss nicht** ausgefüllt werden!

ja Bitte lesen Sie auch Frage 2 und
füllen Sie bitte den Inkontinenzfragebogen Teil 3A aus, danke!

2) Leiden Sie unter Stuhlinkontinenz?

nein Sollte die Frage zu Prolaps ebenfalls mit „nein“ beantwortet sein, ist hier die Befragung
für Sie zu Ende, vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihre Angaben werden streng vertraulich gehandhabt.

ja Bitte füllen Sie den Inkontinenzfragebogen Teil 3B auf Seite 6 aus, danke!

INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 3A (Vorfall von Blase, Gebärmutter oder Enddarm), Frage 1-5

01. Fühlen Sie einen Druck im Unterbauch?

gar nicht leicht mäßig sehr

02. Besteht ein Schweregefühl oder ein dumpfes Gefühl im Beckenbereich?

gar nicht leicht mäßig sehr

03. Fühlen Sie eine Wölbung/ Beule im Vaginalbereich oder ein Fremdkörpergefühl?

gar nicht leicht mäßig sehr

04. Können Sie den Darm entleeren?

gar nicht leicht mäßig sehr

05. Wird die Blase beim Wasserlassen unvollständig entleert?

gar nicht leicht mäßig sehr

06. Hilft für die Blasenentleerung Drücken auf die Wölbung/ Beule in der Scheidenregion?

gar nicht leicht mäßig sehr

Bitte mit Frage 7 weiter auf Seite 5 → → → → → → → →



**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 3A (Vorfall von Blase, Gebärmutter oder Enddarm), Frage 1-5	
07. Müssen Sie sich für die Darmentleerung anstrengen?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
08. Wird der Enddarm unvollständig entleert?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
09. Haben sie eine Stuhlinkontinenz bei festem Stuhl?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
10. Haben sie eine Stuhlinkontinenz bei weichem oder flüssigem Stuhl?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
11. Besteht bei Ihnen ein unwillkürlicher Abgang von Winden?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
12. Haben Sie Schmerzen bei der Darmentleerung?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
13. Empfinden Sie Stuhldrang?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
14. Haben Sie einen Vorfall des Enddarmes in die Scheide?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
15. Müssen Sie häufig Wasser in kleinen Mengen lassen (=Pollakisurie)?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
16. Haben Sie eine überaktive Blase mit Dranginkontinenz? (OAB wet)	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
17. Verlieren Sie Urin beim Husten und/ oder Niesen (=Belastungsinkontinenz)?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
18. Verlieren Sie tröpfchenweise Urin?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
19. Haben Sie eine Blasenentleerungsstörung?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
20. Haben Sie Schmerzen/ Missempfindung im Unterbauch oder Genitalbereich?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr
Ggfs. weiter mit Inkontinenzfragebogen Teil 3B auf Seite 6 → → → → → → → →	



**Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Uniklinik Köln
Inkontinenzfragebogen Frauen**



INKONTINENZFRAGEBOGEN Teil 3B (Stuhlinkontinenz - Wexner Score)	
Berücksichtigen Sie bitte bei der Beantwortung diese Vorgaben:	0 = niemals
	1 = sporadisch
	2 = gelegentlich
	3 = häufig
	4 = immer
01. Leiden Sie unter ungewolltem Abgang von festem Stuhl?	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
02. Leiden Sie unter ungewolltem Abgang von flüssigem Stuhl?	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
03. Leiden Sie unter ungewolltem Abgang von Gasen/ Blähungen?	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
04. Tragen sie Einlagen/ Schutzvorlagen wegen der Stuhlinkontinenz?	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
05. Wird Ihr Alltag durch die Stuhlinkontinenz beeinträchtigt?	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
<p>Vielen Dank für Ihre Angaben. Sie helfen uns sehr damit. Ihre Angaben werden streng vertraulich gehandhabt.</p>	