

Trinkgewohnheiten

Wie viel trinken Sie etwa pro Tag? _____

Welche Getränke bevorzugen Sie?

Wasser still Wasser medium Wasser classic

Fruchtsäfte Sorten: _____

Limonaden Sorten: _____

Tee Sorten: _____ Kaffee

Alkohol Art/Menge/Häufigkeit: _____

Andere: _____

Wie verteilen Sie Ihre Trinkmenge über den Tag?

Gleichmäßig Mehr vormittags Mehr nachmittags Mehr abends

Auch nachts Wie oft/ wie viel? _____

Entleerungsverhalten

Wie oft entleeren Sie Ihre Blase? Tags _____ x Nachts _____ x

Zeitabstand zwischen zwei Blasenentleerungen ? Ca. alle _____ Stunden/Minuten

Reduzieren Sie bewusst Ihre Trinkmenge, wenn Sie längere Zeit außer Haus sein müssen?

Nein Ja _____

Entleeren Sie vorsorglich die Blase, bevor Sie das Haus verlassen?

Nein Ja, gelegentlich Ja, meistens Ja, immer

Ist Ihnen bekannt, wo in der Stadt es „saubere“ Toiletten gibt? Nein

Ja Haben Sie „Stammlokale“? Nein Ja _____

Müssen Sie bei der Darmentleerung länger pressen? Nein Ja

- Leiden Sie regelmäßig unter Verstopfung? Nein Ja

Kontinenzfähigkeit bei Belastung

Verlieren Sie ungewollt Urin (U), Wind (W) oder Stuhl (St)? Zum Beispiel beim ...

Husten Niesen Lachen Stolpern

Sport Treppab Gehen Bergab Gehen

Bücken Heben von Lasten Aufstehen vom Sitzen

Aufstehen vom Liegen Ohne jeden Anlass Andere

Welche? _____

Wie häufig verlieren Sie bei Belastung ungewollt Urin (U), Wind (W) oder Stuhl (St)?

Nie Selten Öfters Täglich Dauernd Nachts

Wie groß sind die Urinmengen, die ggf. ungewollt abgehen?

Einige Tropfen Spritzer Größere Mengen Große Mengen

Wie groß sind die Stuhlmengen, die ggf. ungewollt abgehen?

Kleine Mengen Größere Mengen Große Mengen

Kommen Sie morgens (m) /nachts (n) trocken zur Toilette?

Nie Selten Öfters Täglich Dauernd Nachts

Kontinenzfähigkeit bei Harndrang und/oder Wind- und/oder Stuhldrang

Tritt plötzlicher, kaum unterdrückbarer Drang (U/W/St) auf?

Nein

Ja Am Tag In der Nacht

Gibt es Drangauslöser (U/St)? Bsp: Anblick der Haustüre, Wassergeräusche o.ä. Nein

Ja Welche? _____

Müssen Sie unmittelbar zur Toilette, sobald Sie Drang (U/St) verspüren?

Ja, sofort Baldmöglich Ich kann auch länger warten

Ich erreiche die Toilette nicht mehr rechtzeitig: Nie Manchmal Oft

Verwendung von Vorlagen

Benutzen Sie schützende Vorlagen? Nein Ja

Tags Welche/ Größe? _____

Nachts Welche/ Größe? _____

Wie viele Vorlagen benötigen Sie? Pro Tag _____ Pro Nacht _____

Haben Sie Erfahrungen mit konservativen Behandlungsmethoden für den Beckenboden?

Präventions-Kurs: Nein Ja Welches Konzept? _____

Physiotherapie: Nein Ja Welches Konzept? _____

Welche Erfahrungen? _____

Elektrostimulation/Biofeedback: Nein Ja Erfahrungen? _____

Andere: _____

Welche Erfahrungen? _____

Kennen Sie bereits Übungen für den Beckenboden/die Verschlussmuskulatur?

Nein Ja Nennen/Beschreiben Sie ein oder zwei Übungen:

Was erwarten Sie von diesem Kurs?

Ort, Datum

Teilnehmer

KursleiterIn