



PRAXIS DR. MED. C. TEODOSIU

Harninkontinenz - Selbsttest

1. Sind Sie? (Bitte ein Feld Ankreuzen)	weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/>																		
2. Wie häufig verlieren Sie Harn? (Bitte Feld ankreuzen)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">niemals</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>ungefähr einmal pro Woche oder weniger</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>zwei- oder dreimal pro Woche</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>ungefähr einmal pro Tag</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>mehrmals am Tag</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>ständig</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	niemals	<input type="radio"/>	0	ungefähr einmal pro Woche oder weniger	<input type="radio"/>	1	zwei- oder dreimal pro Woche	<input type="radio"/>	2	ungefähr einmal pro Tag	<input type="radio"/>	3	mehrmals am Tag	<input type="radio"/>	4	ständig	<input type="radio"/>	5
niemals	<input type="radio"/>	0																	
ungefähr einmal pro Woche oder weniger	<input type="radio"/>	1																	
zwei- oder dreimal pro Woche	<input type="radio"/>	2																	
ungefähr einmal pro Tag	<input type="radio"/>	3																	
mehrmals am Tag	<input type="radio"/>	4																	
ständig	<input type="radio"/>	5																	
3. Wir würden gerne wissen, wie viel Harn sie Ihrer Meinung nach verlieren. Wieviel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)(Bitte ein Feld ankreuzen)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">kein Harnverlust</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>eine kleine Menge Harn</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>eine mittlere Menge Harn</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>eine große Menge Harn</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>	kein Harnverlust	<input type="radio"/>	0	eine kleine Menge Harn	<input type="radio"/>	2	eine mittlere Menge Harn	<input type="radio"/>	4	eine große Menge Harn	<input type="radio"/>	6						
kein Harnverlust	<input type="radio"/>	0																	
eine kleine Menge Harn	<input type="radio"/>	2																	
eine mittlere Menge Harn	<input type="radio"/>	4																	
eine große Menge Harn	<input type="radio"/>	6																	
4. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag? Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">schwerwiegend</td> </tr> </table>	überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	schwerwiegend																
überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	schwerwiegend																		
5. Wann verlieren Sie Harn? (Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">Summenscore der Fragen 3+4+5</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>niemals – kein Harnverlust</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust beim Husten oder Niesen</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust während des Schlafens</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust bei körperlicher Betätigung/sportlicher Aktivität</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust nach dem Wasserlassen und wieder Ankleiden</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Harnverlust ohne erkennbare Ursache</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ständiger Harnverlust</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Summenscore der Fragen 3+4+5		niemals – kein Harnverlust	<input type="radio"/>	Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette	<input type="radio"/>	Harnverlust beim Husten oder Niesen	<input type="radio"/>	Harnverlust während des Schlafens	<input type="radio"/>	Harnverlust bei körperlicher Betätigung/sportlicher Aktivität	<input type="radio"/>	Harnverlust nach dem Wasserlassen und wieder Ankleiden	<input type="radio"/>	Harnverlust ohne erkennbare Ursache	<input type="radio"/>	ständiger Harnverlust	<input type="radio"/>
Summenscore der Fragen 3+4+5																			
niemals – kein Harnverlust	<input type="radio"/>																		
Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette	<input type="radio"/>																		
Harnverlust beim Husten oder Niesen	<input type="radio"/>																		
Harnverlust während des Schlafens	<input type="radio"/>																		
Harnverlust bei körperlicher Betätigung/sportlicher Aktivität	<input type="radio"/>																		
Harnverlust nach dem Wasserlassen und wieder Ankleiden	<input type="radio"/>																		
Harnverlust ohne erkennbare Ursache	<input type="radio"/>																		
ständiger Harnverlust	<input type="radio"/>																		