

Fragebogen zum Thema Inkontinenz (Blasenschwäche, Darmschwäche +) sowie Verhalt

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

1.1 Sind Sie von Blasenschwäche / Urininkontinenz betroffen?

☐

NEIN

☐

JA oder bedingt JA/NEIN - und zwar im folgenden Ausmaß

☐

leicht

☐

leicht-mittel

☐

mittel

☐

mittel-schwer

☐

schwer

☐

schwerst /
vollständig

Ankreuzhilfe:

Leicht: Unfreiwilliger Abgang von nur wenigen Tropfen Urin und das auch eher selten.

Leicht-mittel: Häufiger Verlust von wenigen Tropfen oder seltener Verlust eines kleinen Schwall's Urin.

Mittel: Häufiger Urinabgang von vielen Tropfen bis zum kleineren Schwall und/oder selteneren größeren Schwallen.

Mittel-Schwer: Große Schwalle kommen häufiger vor. Kleinere Urinverluste können noch hinzu kommen.

Schwer: Urinabgänge extrem oft oder einzelne sehr groß, erhebliche Mengen kommen zusammen,
>1L/24h oder >500ml im schlimmsten 4-Stunden-Zeit-Abschnitt.

Schwerst, vollständig: Noch öfter oder noch große Menge als bei "schwer", bis ganzer Blaseninhalt / Kontrollverlust,
>2L/24h oder >700ml im schlimmsten 4-Stunden-Abschnitt.

Nach eigener Einschätzung oder Messung: Denken Sie an die 3 schlimmsten 4-Stunden-Abschnitte einer typischen Woche.

Wie viele ml kamen ungefähr je 4-Stunden-Abschnitt zusammen? _____ ml

1.2 Verspüren Sie vor dem Urinverlust, dass Sie Wasserlassen müssen bzw. mussten?

☐

Ja

Minuten vorher

☐

Ja

Sekunden vorher

☐

Manchmal

zu spät

☐

Mal ja, mal nein, Oft nein und falls,

Wenn: Zu spät

☐

üblich zu spät

☐

Nein

Nie

1.3 Können Sie den Urinabgang irgendwann wieder willentlich stoppen?

☐

Ja

ziemlich schnell

☐

Ja

aber erst spät

☐

Manchmal, spät,

knifflig

☐

Selten, spät,

sehr schwer

☐

Quasi nie

ggf. mit Tricks

☐

Nein

Nie

1.4 Können Sie einen irgendwie gestoppten Urinabgang kurz darauf wieder beginnen (im WC)?

☐

Ja, direkt und

Minuten später

☐

Ja, aber nur kl.

Zeitfenster

☐

Manchmal,

knifflig

☐

Selten,

sehr schwer

☐

Quasi nein, nie,

ggf. mit Tricks

☐

Nein

Bewusst nie

1.5 Noch Anmerkungen? _____

2.1 Sind Sie von Darmschwäche / Stuhlinkontinenz betroffen?

☐
☐

NEIN

JA oder bedingt JA/NEIN - und zwar im Detail folgendermaßen:

Grad 1 - Winde

☐ Gar nicht ☐ Sehr selten ☐ Selten ☐ Häufig ☐ Sehr häufig bis ständig

Grad 2 - sehr weicher Stuhl, Schmierstuhl, flüssiger Stuhl, Pups mit Abgang

☐ Gar nicht ☐ Sehr selten ☐ Selten ☐ Häufig ☐ Sehr häufig bis ständig

2+ wenn zu flüssiger, weicher Stuhl *ausnahmsweise mal* gegeben ist, also resultierender Schmierstuhl

☐ Gar nicht ☐ Sehr selten ☐ Selten ☐ Häufig ☐ Sehr häufig bis ständig

Grad 3 - normaler, fester Stuhlgang

☐ Gar nicht ☐ Sehr selten ☐ Selten ☐ Häufig ☐ häufig bis ständig

2.2 Noch Anmerkungen? _____

3.1 Sind Sie (auch) von Harnverhalt betroffen, dem Unvermögen Wasserlassen zu können?

☐
☐

NEIN

JA und zwar im Detail

☐ Oft dauert es ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Häufig ☐ Fast immer, immer, ständig - keine Chance

3.2 Falls ja, wie begegnen Sie diesem Problem? (Muss nicht immer gelingen, aber öfter mal)

☐ Beklopfen von Blase, Bauch ☐ Bauchpresse ☐ ISK ☐ DK / BDK ☐ Häufige Inkontinenz-Episoden greifen ein

☐ Bauchmuskel ☐ Einmal-, Dauer-, Bauchdeckenkatheter ☐ Mehrmals täglich wird so die Blase fast leer bis leer

4.1 Sind Sie (auch) von Stuhlverhalt betroffen, dem Unvermögen Stuhlgang einzuleiten?

☐ NEIN
☐ JA und zwar im Detail

☐	☐	☐	☐	☐
Oft dauert es	Manchmal	Selten	Häufig	Fast immer, immer, ständig
oder kommt doch irgendwann sehr spontan				

4.2 Falls ja, wie begegnen Sie diesem Problem?

☐	☐	☐	☐	☐
Irrigation	Stoma	Drainage, sonstig	Kein Eingriff	Stuhl-Inkontinenz-Episoden greifen ein
			Irgendwann nur schnell sein	Hin und wieder wird so der Darm leerer

4.3 Detailliertere Anmerkungen zur persönlichen Lage?

5.0 Hilfsmittel, Medikamente, Therapien?

☐ NEIN	☐ JA:	Ich nehme aktuell folgende Medikamente:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich hatte einst diese Medikamene versucht:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich würde gerne diese Medis probieren:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich nehme an folgenden Therapien teil:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich nahm schon an folgenden Therapien teil:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich würde gerne diese Therapien probieren:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich verwende ableitende Hilfsmittel, diese:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich verwende verschließende Hilfsmittel:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Diese Hilfsmittel würde ich gerne probieren:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich verwende saugende Hilfsmittel, in leichteren Episoden:	_____
☐ NEIN	☐ JA:	Ich verwende saugende Hilfsmittel, in stärkeren Episoden:	_____

Liste alternativer Hilfsmittel, spezifische Produkte: _____

6.0 Sollten Sie in die Situation kommen, dass Inko-Hilfsmittel/Maßnahmen fremd bestimmt werden oder Ihre spezielle Wahl (gegen Inko bzw. Verhalt) aus diversen Gründen nicht zur Verfügung steht: Welches Hilfsmittel darf oder sollte wie lange und unter welchen Umständen Verwendung finden?

Anweisungen, die nur gebrochen werden dürfen, falls es übermäßig notwendig erscheint, also quasi alternativlos ist:

	Nicht gewollt Nicht toleriert	Bei Bedarf einige Stunden	Im dringenden Fall einige Tage	Im Notfall Wochen-Monate	Bei Empfehlung durch beh. Ärzte	Langfristig ok oder bevorzugt	Dauerhaft ok oder Vorgabe
ISK (Einmal-Katheter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DK (Dauerkatheter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BDK (Bauchdecken-Katheter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Außerlich angebrachte Ableiter wie Kondom- Urinale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente oral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente intravenös	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente anal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente subkutan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Injektion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Botox Injektion in/um Blase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eingriffe / OPs, die eine künstliche Ableitung nötig machen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eingriffe / OPs, die eine künstliche Steuerung notwendig machen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eingriffe / OPs, die Wasserlassen erleichtern und Restharn reduzieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Künstlicher Darmausgang Stoma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einläufe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Darmspülungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stöpsel / Tampons	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pressare / Bandagen / Plugs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extra gehäufte Toilettengänge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafunterbrechen für Entleerversuche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saugende Hilfsmittel, Einlagen*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saugende Hilfsmittel, Vorlagen*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saugend: Pants, Pull- Ups, Inkontinenz-Slips, Windeln*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.1 *Anhang

*So klein, dünn, unauffällig und diskret wie möglich, aber so sicher und saufähig wie nötig, ist die Grundlage.

Kleine und gleichzeitig dünne Einlagen sind natürlich für schwerste Inkontinenz absolut nicht geeignet!

Große Inkontinenz-Slips sind für die meisten Leute mit leichter Inkontinenz dagegen nicht ideal.

Eventuell kommt Frau Musterfrau vielleicht besser mit der Einlage: "Besser dick, dafür klein" klar.

und Max Mustermann kommt vielleicht besser mit "Vorlage, eher groß, dafür dünn" zurecht.

Hier also noch eine Abfrage zu diesen Präferenzen, was *besser* wäre, Mehrfachantworten möglich!

Das Kreuz X wird dort gemacht, wo das OK gegeben wird. Wenn etwas nur kurz im Notfall oder wenige Tage OK ist, ein Z.

Beispiele: Wenn eine große, aber dafür dünne Einlage lieber ist, als eine dicke kleine, kommen die Kreuze bei Einlage an "dünn" und an "eher groß".

Wenn ein dünner Inko-Slip lieber ist, als eine dicke Formvorlage, dann ist das Kreuz nur bei Inko-Slip "dünn". Mehr Varianten OK = mehr Kreuze!

	klein	dünn	eher groß	eher dick	mit Netzhose oder Stretchhose	einfach verschießbar	exakt & sicher anpassbar, verschießbar
Rechteck-Einlagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Form-Einlagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rechteck-Vorlagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Form-Vorlagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pants / Pull-Ups / Pull- Ons Einwegunterhosen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verschießbare Vorlagen: Active, Adjustable, Flex	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inkontinenz-Slips, Windelhosen mit Klett- o. Klebe-Verschluss	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.2 Die Verträglichkeit ist bei atmungsaktiven Produkten meist besser. Wobei diese ab einer gewissen "Dicke" oder "Nässe" sowieso nachlässt. Außerdem ist diese nicht immer gegeben, auch wenn das Produkt danach aussieht und umgekehrt. Mal ist Grad und Einwirkdauer von Feuchte, Nässe, Wärme, Kühle, Art der Feuchte, der Materialien usw. entscheidender. Es kann Ausnahmen von Leuten geben, die Teflon-Verbund-Stoffe, Lycra-Fasern & Co schlechter vertragen, als einfache Folie. Für andere ist es nur ein Gefühl von zu warm, zu kalt, zu unangenehm, zu künstlich, zu riechend oder etwas psychisch Empfundenes von "mehr oder weniger Sicherheit", das die Wahl beeinflusst.

Entsprechend hier noch die Abfrage (ein Kreuz je Zeile reicht, mehrere Kreuze zugleich wären aber ok)

Oberfläche / Außenhaut...	muss unbedingt sein	sollte sein oder generell ok	darf (manchmal) sein	Aber gefühlte und tatsächliche Sicherheit geht vor	braucht oder sollte nicht sein	sehr unerwünscht	darf keinesfalls sein
Echt 100% voll atmungsaktiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hauptsache stoffartig, auch wenn rauher	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teil-Atmungsaktiv, nur stoffartig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teil-Atmungsaktiv, (teils) mit Folie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaum oder nicht atmungsaktiv, Folie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaum oder nicht atmungsaktiv, stoffartig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sind schlechte Verträglichkeiten oder gar Unverträglichkeiten gegenüber Klebstoffe, Lycra, Teflon, Elasthan vorhanden?*

Nein, nicht vorhanden!	Absolut unbekannt	Bisher sind keine aufgefallen	Es gibt selten leichte Reaktionen	Es gibt häufig leichte Reaktionen	Es gibt selten mäßige Reaktionen	Es gibt häufig starke Reaktionen	Gefährliche Allergie vorhanden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Solche Stoffe u.ä. können bei sehr flexiblen, dehnbaren oder sehr atmungsaktiven-stoffartigen Hilfsmitteln vorkommen und die Haut einiger weniger Menschen reizen.

6.3 Falls JA oder andere, bitte mehr Details angeben: _____

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------