

Um Ihnen und uns den Einstieg ins Gespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, vorab einige Fragen zu beantworten. Dies verkürzt auch Dokumentations- und damit Wartezeiten.
 Sollten Sie im Laufe der Gespräche oder Untersuchungen Fragen haben, oder etwas nicht verstehen, können Sie jederzeit Fragen stellen.
Wichtig: keine Frage ist zu banal oder peinlich. Notieren Sie diese gern vorab, um nichts zu vergessen.

Inkontinenzfragebogen nach ICIQ-SF 2004, modifiziert PC

Name, Vorname: _____ Datum: _____
 Geburtsdatum: _____

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu ungewolltem Urinverlust?

- Nie 0
- einmal pro Woche oder seltener 1
- zwei- bis dreimal pro Woche 2
- einmal täglich 3
- mehrmals täglich 4
- ständig 5

2. Wie hoch ist der Urinverlust dabei?

- kein Urinverlust 0
- eine geringe Menge 2
- eine mittelgroße Menge 4
- eine große Menge 6

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht										stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Lebensqualität ein?

0	1	2	3	4	5
äußerst schlecht	schlecht	mäßig	mittel	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


5. Wann kommt es zu Urinverlust (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|---|--|
| zu keiner Zeit <input type="checkbox"/> | bei körperlicher Anstrengung/ Sport <input type="checkbox"/> |
| bevor Sie die Toilette erreichen <input type="checkbox"/> | nach dem Wasserlassen <input type="checkbox"/> |
| beim Husten, Niesen, Laufen <input type="checkbox"/> | aus keinem ersichtlichen Grund <input type="checkbox"/> |
| im Schlaf <input type="checkbox"/> | der Urinverlust tritt ständig auf <input type="checkbox"/> |

6. Wie viele Vorlagen benötigen Sie ca. pro Tag _____ bzw. pro Nacht _____?:

7. Haben Sie vor oder während des Urinverlustes ein Dranggefühl: JA NEIN

8. Ich gehe durchschnittlich tags Mal und nachts Mal zur Toilette?

URO_ICIQ_05.2025	Standarddokument Inkontinenzfragebogen nach ICIQ-SF 2004, modifiziert	
------------------	--	--

9. Wieviel trinken sie insgesamt pro Tag _____?

- 10. Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?** JA NEIN
Leiden Sie unter ungewollten Stuhlverlust? JA NEIN
Leiden Sie unter Verstopfung? JA NEIN

Und nun noch ein paar allgemeine Fragen...

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja welche?

12. Hatten Sie bereits eine Unterleibsoperation? Haben Sie Kinder geboren? (z.B. Gebärmutterentfernung, Leistenbruchoperation, Blasen- oder Prostataoperation, Inkontinenzoperation)

13. Weitere Erkrankungen/wichtige Informationen (ggf. bitte ankreuzen)?

- Diabetes mellitus (Typ I oder II)
- Schilddrüsenerkrankung
- Herz-Kreislaufkrankung
- Nierenerkrankung
- Neurologische Erkrankung
(z.B. Polyneuropathie, Parkinson, Bandscheibenvorfall, Multiple Sklerose)
- Glaukom (erhöhter Augendruck)
- Allergien (Medikamente, Unverträglichkeiten)
- Steißbein-/Rippenverletzungen (letzte 6 Monate)
- Blutverdünnende Medikamente: _____
- Ich gehe vorsorglich zur Toilette, bevor ich das Haus verlasse.

Über Rückmeldung jeglicher Art, z.B. Feedback zur Therapie, Anmerkungen zum Ablauf oder positive Entwicklungen, sind wir stets dankbar.

Ihr Praxisteam.

Verfasser: K. von Boetticher	Freigabe: Dr. Stefan Kamp	Nächste Revision: 05.2026
Version: 1 Freigegeben am: 05.2025	Pelvic-Floor	Seite 2 von 2