

## ANAMNESEBOGEN INKONTINENZ

Sie sind:

Weiblich

Männlich

Körpergröße / -gewicht

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Konfektionsgröße: \_\_\_\_\_

Wieviel trinken Sie am Tag? (Angabe in Liter)

1,0 l  1,5 l  2,0 l  mehr

Sie sind:

Mobil

Eingeschränkt mobil

Im Rollstuhl

Bettlägerig

Benutzen Sie bereits

Inkontinenzmaterialien?

Nein  Ja

Vorlage  Windel

Einlage mit Klebestreifen

Windelhose (Pants)

Produktname \_\_\_\_\_

Wie oft wird täglich gewechselt? \_\_\_\_\_

Ist der Gang zur Toilette noch  
selbständig möglich?

Ja  Nein  Mithilfe Pflegedienst

Mithilfe 24 Std.-Betreuung

Welche Form der Inkontinenz besteht?

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Wie tritt die Harninkontinenz auf?

Tröpfchenweise  Schwallartig

Wie würden Sie Ihre Inkontinenz  
einschätzen?

Leichte Harninkontinenz

Geringer Harnverlust durch Husten, Niesen, Lachen

Mittlere Harninkontinenz

Vermehrter Harnverlust beim Laufen,  
Gehen, Treppensteigen oder Aufstehen

Schwere Harninkontinenz

Harnverlust bereits im Liegen

Leichte Stuhlinkontinenz

Leichter Schmierstuhl

Mittlere Stuhlinkontinenz

Vermehrter Stuhlverlust

Schwere Stuhlinkontinenz

Kompletter Stuhlverlust

Haben Sie Hautprobleme?

Ja  Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

0  1  2  3  4  5

Sie wünschen einen Rückruf?

Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Beste Erreichbarkeit:  Täglich oder nur  MO  DI  MI  DO  FR

Vormittags \_\_\_\_\_  Nachmittags \_\_\_\_\_