

ANAMNESEBOGEN INKONTINENZ

Sie sind: Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>	Welche Form der Inkontinenz besteht? Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/>
Körpergröße / -gewicht Größe: _____ Gewicht: _____ Konfektionsgröße: _____	Wie tritt die Harninkontinenz auf? Tröpfchenweise <input type="checkbox"/> Schwallartig <input type="checkbox"/>
Wieviel trinken Sie am Tag? (Angabe in Liter) 1,0 l <input type="checkbox"/> 1,5 l <input type="checkbox"/> 2,0 l <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/>	Wie würden Sie Ihre Inkontinenz einschätzen? Leichte Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Geringer Harnverlust durch Husten, Niesen, Lachen Mittlere Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Vermehrter Harnverlust beim Laufen, Gehen, Treppensteigen oder Aufstehen Schwere Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Harnverlust bereits im Liegen Leichte Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Leichter Schmierstuhl Mittlere Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Vermehrter Stuhlverlust Schwere Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Kompletter Stuhlverlust
Sie sind: Mobil <input type="checkbox"/> Eingeschränkt mobil <input type="checkbox"/> Im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>	Haben Sie Hautprobleme? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Benutzen Sie bereits Inkontinenzmaterialien? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vorlage <input type="checkbox"/> Windel <input type="checkbox"/> Einlage mit Klebestreifen <input type="checkbox"/> Windelhose (Pants) <input type="checkbox"/> Produktname _____ Wie oft wird täglich gewechselt? _____	Haben Sie einen Pflegegrad? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Ist der Gang zur Toilette noch selbständig möglich? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mithilfe Pflegedienst <input type="checkbox"/> Mithilfe 24 Std.-Betreuung <input type="checkbox"/>	Sie wünschen einen Rückruf? Name: _____ Tel: _____ Beste Erreichbarkeit: <input type="checkbox"/> Täglich oder nur <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> Vormittags _____ <input type="checkbox"/> Nachmittags _____