

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

Sie wünschen einen Rückruf?

Name: _____ Tel: _____

Beste Erreichbarkeit: Täglich oder nur MO DI MI DO FR

Vormittags _____ Nachmittags _____

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

