

Kontinenzfragebogen(ICSmaleSF -de)

Datum: _____

Wir möchten etwas über Ihr Verhalten beim Wasserlassen erfahren und danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens.

Die Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen während des letzten Monats.

Bei der Beantwortung gelten folgende Definitionen

gelegentlich = weniger als 1/3 der Fälle

manchmal = 1/3 bis 2/3 der Fälle

meistens = mehr als 2/3 der Fälle

Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an das am ehesten für Sie zutrifft:

V1	Gibt es eine Verzögerung bevor Sie mit dem Wasserlassen beginnen können?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

V2	Müssen Sie beim Wasserzulassen pressen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

V3	Wie würden Sie die Stärke Ihres Harnstrahls beurteilen?	normal	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich abgeschwächt	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal abgeschwächt	<input type="checkbox"/>	2
		meistens abgeschwächt	<input type="checkbox"/>	3
		immer abgeschwächt	<input type="checkbox"/>	4

V4	Gibt es beim Wasserlassen eine oder mehrere Unterbrechungen und müssen Sie dann nochmals mit dem Wasserlassen beginnen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

V5	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass sich die Blase nach dem Wasserlassen nicht vollständig entleert hat?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

ICSmale -de -VS _____ /20

11	Müssen Sie sich beeilen um die Toilette zu erreichen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

12	Verlieren Sie Urin bevor Sie die Toilette erreichen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

13	Verlieren Sie Urin beim Husten oder niesen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

14	Verlieren Sie Urin ohne besonderen Grund und ohne, dass Sie das Gefühl haben, Wasserlassen zu müssen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

15	Verlieren Sie während des Schlafs Urin?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

16	Wird Ihre Unterwäsche feucht, nachdem Sie einige Minuten zuvor Wasser gelassen haben?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		gelegentlich	<input type="checkbox"/>	1
		manchmal	<input type="checkbox"/>	2
		meistens	<input type="checkbox"/>	3
		immer	<input type="checkbox"/>	4

ICSmale -de- IS _____ /24

H	Wie oft gehen Sie tagsüber Wasserlassen?	alle 4 Stunden oder seltener	<input type="checkbox"/>	0
		alle 3 Stunden	<input type="checkbox"/>	1
		alle 2 Stunden	<input type="checkbox"/>	2
		stündlich oder öfter	<input type="checkbox"/>	3

N	Wie oft müssen Sie durchschnittlich nacht zum Wasserlassen aufstehen?	nie	<input type="checkbox"/>	0
		einmal	<input type="checkbox"/>	1
		zweimal	<input type="checkbox"/>	2
		dreimal	<input type="checkbox"/>	3
		viermal oder öfter	<input type="checkbox"/>	4

QoL	Wie sehr beeinträchtigen die Beschwerden Ihr Leben insgesamt?	gar nicht	<input type="checkbox"/>	0
		wenig	<input type="checkbox"/>	1
		mäßig	<input type="checkbox"/>	2
		sehr	<input type="checkbox"/>	3

QoL _____ /10
2