

Anamnesebogen zur Verordnung von saugenden Inkontinenzhilfen

Allgemeine Daten Patient/Patientin

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Geburtsdatum

Vers.-Nr.

Krankenkasse

Erstversorgung

Folgeversorgung

Inkontinenzform, Schweregrad der Inkontinenz und Versorgungssituation

- Geschlecht:** männlich weiblich
- Inkontinenzart:** nur Urin nur Stuhl Urin und Stuhl
- Inkontinenzform:** Stress-/Belastungs-Inkontinenz Dranginkontinenz
- chronische oder Überlaufinkontinenz Mischform _____
- Mobilität:** mobil eingeschränkt mobil Rollstuhl bettlägerig
- Versorgung durch:** Pflegedienst Pflegekraft Angehörige selbstständig

Fragenkatalog zur Ermittlung des Schweregrades der Inkontinenz

1. Urininkontinenz

Schweregrad bitte ankreuzen.

> Ist Ihr Harnverlust tröpfchenweise oder geht der Urinverlust als Spritzer ab? > Gehen kleinere Mengen Urin beim Husten, Niesen, Pressen und Lachen ab? > Wie oft müssen Sie die Unterwäsche oder eine Einlage wechseln?	Schweregrad 1 mind. 100 ml in 4 Stunden	<input type="checkbox"/>
> Ist Ihr Harnverlust eher schwallartig, verlieren Sie eine größere Menge Urin? > Geht der Urin im Schwall als größere Menge z. B. beim Aufstehen ab? > Haben Sie das Gefühl der Urin geht stetig ab?	Schweregrad 2 mind. 200 ml in 4 Stunden	<input type="checkbox"/>
> Verlieren Sie ständig größere Mengen Urin und sind permanent nass? > Entleert sich die Blase fast vollständig? > Haben Sie das Gefühl eines weitgehenden Kontrollverlusts der Blase?	Schweregrad 3 mind. 300 ml in 4 Stunden	<input type="checkbox"/>

2. Stuhlinkontinenz

> Verlieren Sie bei Blähungen leichten Schmierstuhl?	Schweregrad 1	<input type="checkbox"/>
> Verlieren Sie unkontrolliert wenig flüssigen Stuhl oder neigen Sie zu gelegentlichem geringen Stuhlabgang?	Schweregrad 2	<input type="checkbox"/>
> Verlieren Sie unkontrolliert den gesamten flüssigen und normalen Stuhlgang?	Schweregrad 3	<input type="checkbox"/>

> Bei einer Mischinkontinenz (Urin und Stuhl) entscheidet der jeweils höhere Schweregrad.