

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 _____