

## Patientenfragebogen Kontinenz

### Kontinenz\*

#### 1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- |                             |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Nie                         | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1x pro Woche oder seltener  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Zwei- bis dreimal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Einmal täglich              | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Mehrmals täglich            | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ständig                     | <input type="checkbox"/> | 5 |

#### 2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| Kein Urinverlust       | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Eine geringe Menge     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Eine mittelgroße Menge | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Eine große Menge       | <input type="checkbox"/> | 6 |

#### 3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| Gar nicht                  |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            | stark                       |

#### ICIQ-Summen-Score (1+2+3)\*:

#### Maximale Punktzahl:

21

Keine Inkontinenz		0
Leichte Inkontinenz	bis	1-5
Mäßige Inkontinenz	bis	6-10
Starke Inkontinenz	≥	11

\* basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: [www.iciq.net](http://www.iciq.net). J Urol 2006.