

**FB Anamnesebogen Inkontinenz**

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung: \_\_\_\_\_

Befragt wurde (wenn abweichend vom Patienten):	
Welche Art der Inkontinenz liegt vor?	<input type="checkbox"/> nur Urin <input type="checkbox"/> nur Stuhl <input type="checkbox"/> Urin und Stuhl
Die Probleme sind stärker	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nachts
In welchen Situationen treten Probleme auf?	<input type="checkbox"/> beim Lachen, Husten, Heben <input type="checkbox"/> hin und wieder <input type="checkbox"/> ständig, keine Kontrolle
Wieviel trinkt der Patient pro Tag?	<input type="checkbox"/> bis 1200ml <input type="checkbox"/> bis 2500ml <input type="checkbox"/> >2500ml
Max. Ausscheidung ca. 60 %	_____ ml
Welche Flüssigkeitsmenge wird jeweils abgegeben?	<input type="checkbox"/> nur Tröpfchen/Schlieren <input type="checkbox"/> < 200ml <input type="checkbox"/> < 300ml <input type="checkbox"/> >300ml
Ist der Patient verwirrt/ dement?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geht der Patient noch zur Toilette?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Toilettengänge (Anzahl)	_____ mal tagsüber      _____ mal nachts
Mobilität des Patienten:	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Wechsel des Produkts <input type="checkbox"/> kann selbstständig stehen <input type="checkbox"/> ist bettlägerig
Entwässerungsmedikamente (Ausscheidungsmenge um ca. 10 – 15 % erhöht)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen akute Hautprobleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bauchumfang	_____ cm