

ICIQ-SF International Consultation on Incontinence Questionnaire - short form -

.....

Name, Vorname

.....

ID

Folgende Fragen beziehen sich auf die letzten 4 Wochen

.....

Datum

> Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an,
die für Sie am ehesten zutrifft

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

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| niemals | 0 <input type="checkbox"/> | einmal täglich | 3 <input type="checkbox"/> |
| einmal pro Woche oder weniger | 1 <input type="checkbox"/> | mehrmals täglich | 4 <input type="checkbox"/> |
| zwei- bis dreimal pro Woche | 2 <input type="checkbox"/> | ständig | 5 <input type="checkbox"/> |

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

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

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 |

Summe der Fragen 1-3 S: _____

4. Wann kommt es zum Urinverlust?

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zu keiner Zeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bei körperlicher Anstrengung/Sport | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bevor Sie die Toilette erreichen können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nach dem Wasserlassen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beim Husten, Niesen, Laufen usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Aus keinem ersichtlichen Grund | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Im Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Urinverlust tritt ständig auf | <input type="checkbox"/> |

5. Wieviele Vorlagen benötigen Sie?

Nur eine Sicherheitsvorlage Inkontinenzvorlagen (Anzahl): tagsüber _____ nachts _____

6. Wie häufig gehen Sie zur Toilette, um Wasser zu lassen?

tagsüber _____ nachts _____

7. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |
| sehr schlecht | | | | | gut | | | | | ausgezeichnet |

8. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand während der letzten 4 Woche einschätzen?

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |
| sehr schlecht | | | | | gut | | | | | ausgezeichnet |