



Kontinenzfragebogen (ICIQ)

Datum: _____

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. J Urol 2006.

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____