

# Ansøgning om udredning for inkontinens



Alle rubrikker bedes udfyldt for at give så fyldestgørende et billede af situationen som muligt.

## Personlige oplysninger:

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Egen læge: \_\_\_\_\_

## Modtaget: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_

## Hvor ofte lækker du urin (Sæt kryds i én boks):

- Aldrig     En gang om ugen eller mindre     2-3 gange om ugen     1 gang dagligt  
 Flere gange om dagen     Hele tiden

## Hvor stor en mængde urin tror du, at du lækker:

- Ingen     Lille mængde     Moderat mængde     Stor mængde

## Hvornår lækker du urin:

- Lækker aldrig urin     Lækker før jeg kan nå på toiletet     Lækker ved hoste/nys  
 Lækker når jeg sover     Lækker når jeg er fysisk aktiv     Lækker uden grund  
 Lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på     Lækker hele tiden

## Hvor ofte lader du vandet i løbet af en dag:

- En gang i timen     Hver 2. time     Hver 3. time     Hver 4. time

## Hvor mange gange skal du i gennemsnit op om natten for at lade vandet:

- Ingen     En gang     To gange     Tre gange     4 eller flere gange

## Får du nogensinde pludselig trang til at skulle skynde dig på toiletet for at lade vandet:

- Aldrig     En gang imellem     Nogen gange     For det meste  
 Hele tiden

## Lækker/løber urinen umiddelbart efter du mærker vandladningstrang:

- Aldrig     En gang om ugen eller mindre     2-3 gange om ugen     1 gang dagligt  
 Flere gange om dagen     Hele tiden

## Har du problemer med at holde på afføring eller luft (prutter):

- Ja     Nej

## Har du problemer med at komme af med afføring (forstoppelse)?

- Ja     Nej

– Hvis ja: Hvor lang tid bruger du ca. pr. toiletbesøg:

- < 5min     6-10 min     11-20min     21-30 min     > 30min

Hvad vil du gerne opnå med udredningen for inkontinens?

\_\_\_\_\_

## Tilladelse til indhentning af oplysninger

I forbindelse med min ansøgning giver jeg tilladelse til, at personalet i Kontinensklinikken indhenter oplysninger af betydning for sagen hos praktiserende læge og/eller andre for sagen relevante instanser.

Dato \_\_\_\_\_ Ansøgerens underskrift \_\_\_\_\_

Ansøgning afleveres eller sendes til Ishøj Rådhus, Center for Voksne og Velfærd, Ishøj Store Torv 20, 6. sal, 2635 Ishøj. Tlf: 61 14 60 40