

3A _ PATIENTSKEMA til patienter med urininkontinens og/eller nedsynkning af underlivet EFTER

CPR nr. _____ Alder _____

Efternavn(e) _____

Fornavn(e) _____

Mobilnr. _____

Dette skema omhandler både urininkontinens og nedsynkning af underlivet. Du bedes besvare alle spørgsmål ved at sætte kryds i felterne.

Din besvarelse er et vigtigt redskab til, at vi kan kontrollere om behandlingen har hjulpet.

Dine svar registreres derfor og indgår i afdelingens bestræbelser på, at kvaliteten af behandlingen kan blive så god som mulig.

Dato: _____

Har der været komplikationer til operationen?

(Hvis ja, specificeres dette for lægen)

Ja, hvilke? _____

Nej _____ Ved ikke _____

Er du opereret igen siden sidste indlæggelse?

(Hvis ja, specificeres dette for lægen)

Ja, for hvad? _____

Nej _____ Ved ikke _____

NEDSYNKNINGSSYMPTOMER

De følgende spørgsmål bedes besvaret ud fra hvordan du i gennemsnit har haft det inden for de seneste fire uger

A. Mærker du en udfyldning eller bule, der kommer ud af din skede, så den kan føles eller ses uden for skeden? *

0 _____ nej 1 _____ ja, mindre end en gang om måneden 2 _____ ja, en til fire gange om måneden

3 _____ ja, en til flere gange om ugen 4 _____ ja, en til flere gange i døgnet

Har du behov for et kontrolbesøg hos en læge?

Ja _____ Nej _____

Oplysninger indsamlet via

selvudfyldt spørgeskema _____ telefoninterview _____ personlig samtale _____

Tak for din besvarelse!