

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

### Anamnesformulär

	Ja	Nej
Har Du besvär med urinläckage?		
Blir Du ibland svårt kissnödig?		
Läcker Du urin om Du plötsligt blir svårt kissnödig?		
Läcker Du urin innan Du hunnit fram till toaletten?		
Läcker Du urin om Du står och diskar för hand?		
Läcker Du urin om Du nyser eller hostar?		
Läcker Du urin om Du hoppar eller springer?		
Läcker Du urin om Du har samlag?		
Händer det att Du läcker urin nattetid?		
Läcker det droppar?		
Läcker det så att det rinner nerför benen?		
Kan Du stoppa eller knipa till när det läcker?		
Läcker Du urin varje dag?		
Läcker Du urin någon gång varje vecka?		
Använder Du trosskydd eller binda dagligen?		
Är den ofta blöt när Du byter den?		
Använder Du trosskydd eller binda på natten?		
Kan Du leva som Du vill, trots urinläckaget?		
Är det svårt eller trögt att kissa?		
Har Du svårt att kissa riktigt färdigt?		

	Antal ggr	
Hur många gånger måste Du gå upp på natten för att kissa?		
Hur många gånger måste Du dagligen gå och kissa?		