

**Fragebogen zur Ermittlung der Trageeigenschaften
des uroclean®men Systems
Patientenbefragung**

Patienteninformation:

Name, Vorname: <small>*freiwillige Angabe</small>
Alter:

Welche Art von Inkontinenz liegt vor?	Belastungs-/ Stressinkontinenz	Drang-Inkontinenz	Gemischte Stress-/ Dranginkontinenz	Andere Form
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie in eine Pflegestufe eingruppiert?	Pflegestufe 1 <input type="radio"/>	Pflegestufe 2 <input type="radio"/>	Pflegestufe 3 <input type="radio"/>	Keine <input type="radio"/>

Grunderkrankung:

Wie lange haben Sie das uroclean® men Shuttle getestet?	2 Wochen <input type="radio"/>	4 Wochen <input type="radio"/>	6 Wochen <input type="radio"/>	Andere Angaben:
Wie viele Stunden haben Sie das Shuttle täglich getragen?	Länger als 14 Stunden <input type="radio"/>		Weniger als 14 Stunden <input type="radio"/>	
Wann haben Sie das Shuttle getragen?	Ununterbrochen <input type="radio"/>	Nur während der Nacht <input type="radio"/>	Zu einem anderen Anlass:	
Wie legen Sie das Shuttle an?	Alleine <input type="radio"/>	Mit Hilfe von Angehörigen <input type="radio"/>	Mit Hilfe des Pflegedienstes <input type="radio"/>	
Wie beurteilen Sie das Anlegen?	einfach <input type="radio"/>	kompliziert <input type="radio"/>	Sehr kompliziert <input type="radio"/>	
Haben Sie Intimrasur zum problemlosen Anlegen benötigt?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Finden Sie die Fixierung zuverlässig?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Haben Sie die Spezial-Unterhose verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	

**Fragebogen zur Ermittlung der Trageigenschaften
des uroclean®men Systems
Patientenbefragung**

Haben Sie den Hüftgürtel verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Wie beurteilen Sie die Funktionssicherheit?	Sehr sicher <input type="radio"/>	Sicher <input type="radio"/>	Unsicher <input type="radio"/>	Sehr unsicher <input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie die Handhabung?	Sehr leicht <input type="radio"/>	Leicht <input type="radio"/>	Schwer <input type="radio"/>	Sehr schwer <input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie die Wiederverwendbarkeit?	Sehr gut <input type="radio"/>	Gut <input type="radio"/>	Akzeptabel <input type="radio"/>	Schlecht <input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie die Hautverträglichkeit?	Sehr gut <input type="radio"/>	Gut <input type="radio"/>	Akzeptabel <input type="radio"/>	Schlecht <input type="radio"/>
Entstand während des Tragens eine Geruchsbildung?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Bietet das Shuttle einen druckfreien Tragekomfort?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Haben Sie das Shuttle mit Auslaufverschlussstopfen (nicht der gelbe) verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Wie haben Sie das Shuttle gereinigt?	Mit heißem Wasser <input type="radio"/>	Mit Desinfektionslösung <input type="radio"/>		Andere Angaben:
Haben Sie Nebenwirkungen während des Tragens bemerkt?	Wenn Ja, welche:		Nein <input type="radio"/>	
Sind Sie der Meinung, dass Sie durch das System mehr Mobilität gewonnen haben?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Produkt?	Sehr zufrieden <input type="radio"/>	Zufrieden <input type="radio"/>	Unzufrieden <input type="radio"/>	
Ihre Anregungen:				