

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

Patienteninformation:

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

Welche Art von Inkontinenz liegt vor?	Belastungs-/ Stressinkontinenz 0	Drang- Inkontinenz 0	Gemischte Stress-/ Dranginkontinenz 0	Andere Form 0
Ist der Patient in eine Pflegestufe eingruppiert?	Pflegestufe 1 0	Pflegestufe 2 0	Pflegestufe 3 0	Keine 0

Grunderkrankung:

Wie lange hat der Patient das uroclean® men Shuttle getestet?	2 Wochen 0	4 Wochen 0	6 Wochen 0	Andere Angaben:
Wie viele Stunden hat der Patient das Shuttle täglich getragen?	Länger als 14 Stunden 0		Weniger als 14 Stunden 0	
Wann hat der Patient das Shuttle getragen?	Ununterbrochen 0	Nur während der Nacht 0	Zu einem anderen Anlass 0	
Wie wurde das Shuttle verwendet?	Patientenbezogen 0		Stationsbezogen 0	
Aus welchem Grund wurde das System verwendet?	Eingeschränkte Mobilität 0	Ständige Inkontinenz 0	Gestörter Nachtschlaf 0	
Wie beurteilen Sie das Anlegen?	Einfach 0	Kompliziert 0	Sehr kompliziert 0	

uroclean®GmbH, Bodersweierer Straße 30, 77694 Kehl, Deutschland
Fon : +49.7853.88.40 · E-Mail: info@uroclean.eu · Fax: +49.7853.88.627

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Seite 1 von 3

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

Hat der Patient 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"/>	
Hat der Patient die Spezial-Unterhose verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Hat der Patient den Hüftgürtel verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Wie war die Einweisung des Patienten in das System?	Einfach <input type="radio"/>		Möglich nur mit Hilfe des Pflegedienstes <input type="radio"/>	Kompliziert <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"/>	
Hat der Patient mit dem Shuttle einen druckfreien Tragekomfort?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	
Hat der Patient das Shuttle mit Auslaufverschlussstopfen (nicht der gelbe) verwendet?	Ja <input type="radio"/>		Nein <input type="radio"/>	

uroclean® GmbH, Bodersweierer Straße 30, 77694 Kehl, Deutschland
Fon : +49.7853.88.40 · E-Mail: info@uroclean.eu · Fax: +49.7853.88.627

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Seite 2 von 3

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

Wie haben Sie das Shuttle gereinigt?	Mit heißem Wasser <input type="radio"/>	Mit Desinfektionslösung <input type="radio"/>	Andere Angaben:
Haben Sie Nebenwirkungen beim Patient während des Tragens bemerkt?	Wenn Ja, welche:	Nein <input type="radio"/>	
Sind Sie der Meinung, dass der Patient durch das System mehr Mobilität gewonnen hat?	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"/>
Haben Sie einen Vergleich zu einem anderen Kondomurinal? Wenn ja, welche Unterschiede fielen Ihnen auf:			
Mit welchem System wurde der Patient bisher versorgt?			
Ihre Anregungen:			