

# Vragenlijst incontinentie

(voor de Male Sling operatie)

Naam: .....

Geboortedatum: .....

- |     |   |                                 |                                  |                               |                               |                                 |                                |
|-----|---|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Ik maak me zorgen of ik het toilet op tijd kan halen                        | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 2.  | Ik ben bang te hoesten of te niezen vanwege het urineverlies.               | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 3.  | Ik moet, als ik zit, voorzichtig opstaan vanwege het urineverlies.          | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 4.  | Ik maak me zorgen waar de toiletten zijn op onbekende plaatsen.             | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 5.  | Ik voel me somber en neerslachtig ten gevolge van het urineverlies.         | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 6.  | Ik voel me beperkt lang van huis te gaan door het urineverlies.             | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 7.  | Door het urineverlies kan ik niet doen wat ik wil en dat frustrereert me.   | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 8.  | Ik maak me zorgen dat anderen urine bij me kunnen ruiken.                   | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 9.  | Het urineverlies is in mijn gedachten.                                      | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 10. | Het is belangrijk om zeer regelmatig het toilet te bezoeken.                | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 11. | Door het urineverlies moet ik activiteiten zorgvuldig plannen.              | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 12. | Ik maak me zorgen dat het urineverlies met de jaren zal toenemen.           | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 13. | Ik slaap slecht vanwege het urineverlies.                                   | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 14. | Ik maak me zorgen door het urineverlies in vernederende situaties te komen. | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 15. | Door het urineverlies voel ik me niet gezond.                               | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 16. | Het urineverlies geeft me een hopeloos gevoel.                              | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 17. | Ik geniet minder van het leven door het urineverlies.                       | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 18. | Ik maak me zorgen om voor anderen zichtbaar urine te verliezen.             | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 19. | Ik heb het gevoel geen controle te hebben over mijn blaas.                  | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 20. | Het urineverlies beperkt me in wat en/of hoeveel ik drink.                  | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 21. | Het urineverlies beperkt mij in welke kleren ik draag.                      | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 22. | Ik voel mij door het urineverlies seksueel geremd.                          | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |
| 23. | Ik ben een gelukkig mens.   | <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Meestal | <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Soms | <input type="checkbox"/> Zelden | <input type="checkbox"/> Nooit |

# Vragenlijst incontinentie

## (na de Male Sling operatie)

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Enkele vragen over het gebruik van incontinentiemateriaal:

Welk materiaal gebruikt u? .....

Hoeveel heeft u hiervan gemiddeld per dag nodig? .....

- |     |   |                          |        |                          |         |                          |      |                          |      |                          |        |                          |       |
|-----|---|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|--------|--------------------------|-------|
| 1.  | Ik maak me zorgen of ik het toilet op tijd kan halen                        | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 2.  | Ik ben bang te hoesten of te niezen vanwege het urineverlies.               | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 3.  | Ik moet, als ik zit, voorzichtig opstaan vanwege het urineverlies.          | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 4.  | Ik maak me zorgen waar de toiletten zijn op onbekende plaatsen.             | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 5.  | Ik voel me somber en neerslachtig ten gevolge van het urineverlies.         | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 6.  | Ik voel me beperkt lang van huis te gaan door het urineverlies.             | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 7.  | Door het urineverlies kan ik niet doen wat ik wil en dat frustreert me.     | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 8.  | Ik maak me zorgen dat anderen urine bij me kunnen ruiken.                   | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 9.  | Het urineverlies is in mijn gedachten.                                      | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 10. | Het is belangrijk om zeer regelmatig het toilet te bezoeken.                | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 11. | Door het urineverlies moet ik activiteiten zorgvuldig plannen.              | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 12. | Ik maak me zorgen dat het urineverlies met de jaren zal toenemen.           | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 13. | Ik slaap slecht vanwege het urineverlies.                                   | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 14. | Ik maak me zorgen door het urineverlies in vernederende situaties te komen. | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 15. | Door het urineverlies voel ik me niet gezond.                               | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 16. | Het urineverlies geeft me een hopeloos gevoel.                              | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 17. | Ik geniet minder van het leven door het urineverlies.                       | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 18. | Ik maak me zorgen om voor anderen zichtbaar urine te verliezen.             | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 19. | Ik heb het gevoel geen controle te hebben over mijn blaas.                  | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 20. | Het urineverlies beperkt me in wat en/of hoeveel ik drink.                  | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 21. | Het urineverlies beperkt mij in welke kleren ik draag.                      | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 22. | Ik voel mij door het urineverlies seksueel geremd.                          | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |
| 23. | Ik ben een gelukkig mens.   | <input type="checkbox"/> | Altijd | <input type="checkbox"/> | Meestal | <input type="checkbox"/> | Vaak | <input type="checkbox"/> | Soms | <input type="checkbox"/> | Zelden | <input type="checkbox"/> | Nooit |

# Vragenlijst incontinentie

(0 - 100 score)

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Enkele vragen over het gebruik van incontinentiemateriaal:

Welk materiaal gebruikt u? .....

Hoeveel heeft u hiervan gemiddeld per dag nodig? .....

---

Hoe was het gesteld met het ophouden van urine voor de operatie? (Graag een kruisje bij uw ervaring).

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

Hoe was het gesteld met het ophouden van urine na de operatie?

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

Wat vindt u van het resultaat van de operatie?

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100