

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 på bedst mulig måde kan hjælpe dig, og så vi senere 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*: _____

Vægt*: |__|__|__| kg Højde*: |__|__|__| cm

FØDSLER

Hvor mange gange har du født gennem skeden? (en tvillingefødsel regnes som én fødsel) * _____

Har du fået lavet kejsersnit? Ja* _____ Nej _____

Hvis ja, hvor mange gange*: _____

Rygning*

Ryger _____ Tidligere ryger _____ Aldrig ryger _____

Alkohol

Er alkoholforbrug kendt?*

Ja _____

Nej _____

Alkohol

0-10 genstande pr. uge _____

Over 10 genstande pr. uge _____

(1 genstand svarer til 1 almindelig øl, et glas vin eller en snaps)

a. Hvor meget generer det dig?*

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
slet ikke en hel del

B. Føler du, at din skede er for snæver?*

Ja _____

Nej _____

b. Hvor meget generer det dig?*

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
slet ikke en hel del

C. Er dit sexliv påvirket af bekymringer omkring forholdene i din skede?*

Ja _____

Nej _____

c. Hvor meget generer det dig?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
slet ikke en hel del

Tak for din besvarelse!