



Spørgeskema

# Vandladning

(Dan-PSS)

Navn  
CPR

<b>Igangsætnings- besvær</b>	<b>1A</b>	<b>Skal du vente på, at vand- ladningen kommer igang?</b>	<b>1B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Hver dag	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Slap stråle</b>	<b>2A</b>	<b>Synes du, at urinstrålen er</b>	<b>2B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lidt slap <input type="checkbox"/> Meget slap <input type="checkbox"/> Dryppende	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Blæretømning</b>	<b>3A</b>	<b>Føler du, at du får tømt blæren helt?</b>	<b>3B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Ja altid <input type="checkbox"/> Lejlighedsvist <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Tømmes aldrig helt	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Brug af bugpresse</b>	<b>4A</b>	<b>Skal du presse for at starte vandladningen/holde den i gang?</b>	<b>4B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Hyppeghed af vand- ladning om dagen</b>	<b>5A</b>	<b>Hvor lang tid går der højest mellem hver enkelt vandladning?</b>	<b>5B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Mere end 3 timer <input type="checkbox"/> 2-3 timer <input type="checkbox"/> 1-2 timer <input type="checkbox"/> Mindre end 1 time	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Natlig vandladning</b>	<b>6A</b>	<b>Hvor mange gange skal du lade vandet om natten?</b>	<b>6B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> 0 gange <input type="checkbox"/> 1-2 gange <input type="checkbox"/> 3-4 gange <input type="checkbox"/> 5 gange eller mere	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem

Vandladningstrang	7A	Oplever du en bydende (stærk) vandladningstrang?	7B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
Ufrivillig vandladning ved trang	8A	Er vandladningstrangen så kraftig, at du ikke kan holde på vandet?	8B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
Smerter eller svien ved vandladning	9A	Gør det ondt eller svier det, når du lader vandet?	9B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
Efterdryp	10A	Drypper du urin, når du tror vandladningen er færdig?	10B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> I toiletet <input type="checkbox"/> Lidt i bukserne <input type="checkbox"/> Meget i bukserne	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
Ufrivillig vandladning uden trang	11A	Har du ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse?	11B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
Ufrivillig vandladning uden trang og uden fysisk anstrengelse	12A	Har du ufrivillig vandladning uden fysisk anstrengelse og uden trang (svien)?	12B	Hvor meget er dette til gene for dig?
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem

## Aleris Hospitaler - Vest

---

### Aalborg

Sofiendalsvej 97  
DK - 9200 Aalborg SV  
Tlf. +45 3637 2750  
aalborg@aleris.dk

### Aarhus

Brendstrupgårdsvej 21 A, 1. sal  
DK - 8200 Aarhus N  
Tlf. +45 3637 2500  
aarhus@aleris.dk

### Odense

J. B. Winsløvs Vej 17B  
DK - 5000 Odense  
Tlf. +45 3637 2880  
odense@aleris.dk

### Esbjerg

Bavnehøjvej 2  
DK - 6700 Esbjerg  
Tlf. +45 3637 2700  
esbjerg@aleris.dk

### Herning

Poulsgade 8, 2. sal  
DK - 7400 Herning  
Tlf. +45 3637 2600  
herning@aleris.dk

## Aleris Hospitaler - Øst

---

### København

Gyngemose Parkvej 66  
DK - 2860 Søborg  
Tlf. +45 3817 0700  
kobenhavn@aleris.dk

### Ringsted

Haslevvej 13  
DK - 4100 Ringsted  
Tlf. +45 5761 0914  
ringsted@aleris.dk

[www.aleris.dk](http://www.aleris.dk)