



**10. Har Du genomgått någon underlivsoperation? Om ja, vilka?**

.....

**11. Har Du fött barn?** Nej

Ja  Antal och år .....

Om Ja Normal förlossning  Kejsarsnitt  Sugklocka ,

Stora bristningar  Barn > 4,5 kg

**12. Använder Du något inkontinensskydd?** Ja  Nej

Om Ja Trosskydd

Binda/blöja

Hur många per dag .....

**13. Använder Du några läkemedel? Ange vilka! (inkl p-piller , östrogener )**

.....

**14. Har Du svårt att hålla tätt vad gäller avföring?** Nej

Ibland

Ja

**15. Lider Du av förstoppning?** Nej

Ibland

Ja

**16. Har Du menstruationer?** Nej

Ja

Om nej, ungefär hur många år sedan sista mens? cirka .....år sedan

**17. Besväras Du av sköra slemhinnor i underlivet?** Nej

Ja

**18. Behöver Du gå upp och kissa på natten?** Nej

Ja

Om ja hur ofta .....

**19. Har Du läckage nattetid?** Ja  Nej

**20. Lider Du av någon kronisk sjukdom? ( kronisk hosta, diabetes, neurologisk sjukdom )**

.....

.....

.....

**21. Övrigt. (Beskriv gärna inkontinensbesvären) skriv på baksidan av detta papper**