

Patient: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**1 Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**2 Wie oft während des letzten Monats mussten Sie nach weniger als 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**3 Wie oft während des letzten Monats mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**4 Wie oft während des letzten Monats hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**5 Wie oft während des letzten Monats hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**6 Wie oft während des letzten Monats mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen anzufangen?**

- 0 niemals
- 1 seltener als in 1 von 5 Fällen
- 2 seltener als bei 50% aller Fälle

- 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
- 4 bei mehr als 50% aller Fälle
- 5 fast immer

**7 Wie oft sind Sie während des letzten Monats nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?**

- 0 niemals
- 1 einmal
- 2 zweimal

- 3 dreimal
- 4 viermal
- 5 fünfmal oder mehr

**Summe IPSS-Score S:**

**Lebensqualitätsskala** „Quality of life due to urinary problems“, American Urological Association

**Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern würden?**

- 0 ausgezeichnet
- 1 zufrieden
- 2 überwiegend zufrieden
- 3 teils, teils

- 4 überwiegend unzufrieden
- 5 unglücklich
- 6 sehr schlecht

**Lebensqualitätsindex L:**