

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	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 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	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 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	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 50% aller Fälle	5 fast immer	

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

0 niemals	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 50% aller Fälle	5 fast immer	

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

0 niemals	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 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	3 ungefähr bei 50% aller Fälle	<input type="text"/>
1 seltener als in 1 von 5 Fällen	4 bei mehr als 50% aller Fälle	
2 seltener als bei 50% aller Fälle	5 fast immer	

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

0 niemals	3 dreimal	<input type="text"/>
1 einmal	4 viermal	
2 zweimal	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	4 überwiegend unzufrieden	<input type="text"/>
1 zufrieden	5 unglücklich	
2 überwiegend zufrieden	6 sehr schlecht	
3 teils, teils		

**Lebensqualitätsindex L:**