

IPSS FRAGENBOGEN

Information und Anamnese für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis

Patientendaten:



Datum:

Ort, Datum, Uhrzeit

- Erstuntersuchung
 Verlaufskontrolle
 Therapie mit: _____

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Internationaler Prostata Symptom-Score (IPSS)	Niemals	Seltener als in 1 von 5 Fällen	Seltener als in der Hälfte aller Fälle	Ungefähr in der Hälfte aller Fälle	In mehr als der Hälfte aller Fälle	Fast immer
1. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie in weniger als zwei Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Wie oft sind Sie während des letzten Monats im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?	Niemals <input type="checkbox"/> 0	Einmal <input type="checkbox"/> 1	Zweimal <input type="checkbox"/> 2	Dreimal <input type="checkbox"/> 3	Viermal <input type="checkbox"/> 4	≥ Fünfmal <input type="checkbox"/> 5
Gesamtpunktzahl ermitteln <input type="checkbox"/> _____						

Lebensqualitätsskala (QoL)	Ausgezeichnet	Zufrieden	Überwiegend zufrieden	Gemischt zufrieden, unzufrieden	Unglücklich	Sehr schlecht
8. Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht ändern würden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Punktzahl ermitteln <input type="checkbox"/> _____						

Herausgeber: e.Bavarian Health GmbH
 Nürnberger Straße 71, 91052 Erlangen
 PHONE. +49(0)9131-814 72-0
 FAX. +49(0)9131-814 72-99
 MAIL. kontakt@bavarian-health.com

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Urologie e-V. (kj).

Fotokopieren und Nachdruck auch auszugsweise verboten
 © 2016 e.Bavarian Health GmbH Reddat.: 08/2016

Release 24.01.2019

