

Klinik für Urologie

IPSS-Score

IPSS:
LQS:

Aufnahme-Nr.	Geburtsdatum
Name, Vorname	

Liebe/r Patient/in,

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, in dem Sie die für Sie zutreffende Antwort ankreuzen.
Die Bewertung sollte sich auf die letzten 4 Wochen beziehen.

	0	1	2	3	4	5
	niemals	seltener als in einem von fünf Blasenentleerungen (< 20 %)	seltener als in der Hälfte aller Blasenentleerungen	ungefähr die Hälfte aller Blasenentleerungen (ca. 50 %)	in mehr als der Hälfte der Blasenentleerungen	fast immer
Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase beim Wasserlassen nicht ganz entleert war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie innerhalb von zwei Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu anfangen (Harnstottern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um das Wasserlassen zu beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen? (Maßgebend ist der Zeitraum vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen).	<input type="checkbox"/>	1 x <input type="checkbox"/>	2 x <input type="checkbox"/>	3 x <input type="checkbox"/>	4 x <input type="checkbox"/>	5 x <input type="checkbox"/>
Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern würden?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	überwiegend zufrieden <input type="checkbox"/>	gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden <input type="checkbox"/>	unglücklich <input type="checkbox"/>	sehr schlecht <input type="checkbox"/>