

# LUTS Lower urinary tract symptoms

Name, Vorname	ID

> Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

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

- |   |                            |                                     |                            |
|---|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| niemals                                 | 0 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen | 3 <input type="checkbox"/> |
| in 1 von 5 Fällen                       | 1 <input type="checkbox"/> | in mehr als der Hälfte von 5 Fällen | 4 <input type="checkbox"/> |
| seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 2 <input type="checkbox"/> | fast immer                          | 5 <input type="checkbox"/> |

**7. Wie oft sind Sie während des letzten Monats normalerweise nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?  
Massgeblich ist die Zeit vom Zubettgehen bis zum Aufstehen morgens.**

- |         |                            |                   |                            |
|---------|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| niemals | 0 <input type="checkbox"/> | dreimal           | 3 <input type="checkbox"/> |
| einmal  | 1 <input type="checkbox"/> | viermal           | 4 <input type="checkbox"/> |
| zweimal | 2 <input type="checkbox"/> | fünfmal oder mehr | 5 <input type="checkbox"/> |

**Symptomen-Score (Summe 1-7) S: \_\_\_\_\_**

„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?

- |  |                            |                           |                            |
|--|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ■ ausgezeichnet                                | 0 <input type="checkbox"/> | ■ überwiegend unzufrieden | 4 <input type="checkbox"/> |
| ■ zufrieden                                    | 1 <input type="checkbox"/> | ■ unglücklich             | 5 <input type="checkbox"/> |
| ■ überwiegend zufrieden                        | 2 <input type="checkbox"/> | ■ sehr schlecht           | 6 <input type="checkbox"/> |
| ■ gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden | 3 <input type="checkbox"/> |                           |                            |

Lebensqualitätsindex

L: \_\_\_\_\_