

# IPSS Internationaler Prostata-Symptomen-Score

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| niemals<br>in 1 von 5 Fällen<br>seltener als in der Hälfte von 5 Fällen | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/> | ungefähr in der Hälfte von 5 Fällen<br>in mehr als der Hälfte von 5 Fällen<br>fast immer | 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>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<br>einmal<br>zweimal | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/> | dreimal<br>viermal<br>fünfmal oder mehr | 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>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: \_\_\_\_\_