

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: _____