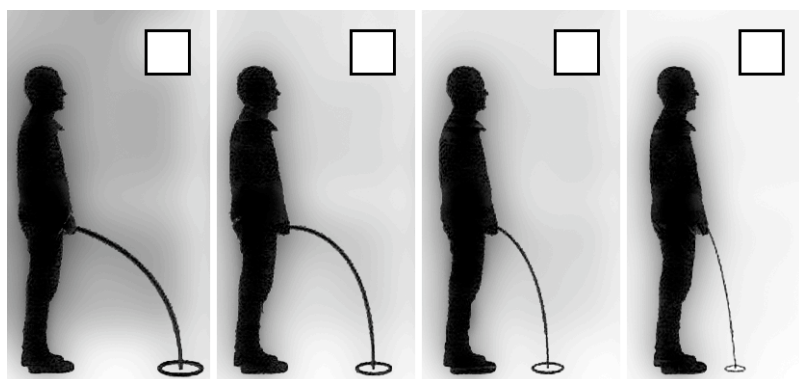


Patient Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

In den letzten 4 Wochen	niemals	seltener als in 1 von 5 Fällen	Seltener als in der Hälfte der Fälle	Ungefähr in der Hälfte der Fälle	In mehr als der Hälfte der Fälle	Fast immer
1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nicht ganz geleert war?	0	1	2	3	4	5
2. Wie oft mussten Sie in weniger als zwei Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	0	1	2	3	4	5
3. Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen?	0	1	2	3	4	5
4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	0	1	2	3	4	5
5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	0	1	2	3	4	5
6. Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	0	1	2	3	4	5
	niemals	einmal	zweimal	dreimal	viermal	Fünfmal oder mehr
7. Wie oft sind Sie durchschnittlich nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen? Maßgebend ist der Zeitraum vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen?	0	1	2	3	4	5
Total I-PSS Score						



Wie schätzen Sie Ihren Harnstrahl ein?

Ihre Anmerkungen:

Lebensqualitätsskala	Ausgezeichnet	zufrieden	Überwiegend zufrieden	Gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden	unglücklich	Sehr schlecht
Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht mehr ändern würden?	0	1	2	3	4	6