

### Ihre Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

eMail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte entscheiden Sie sich jeweils für die Antwort, die in den letzten vier Wochen am ehesten auf Sie zutraf und machen Sie ein Kreuz in das Kästchen vor Ihrer Antwort. Es ist wichtig, dass Sie möglichst alle Fragen beantworten.

**1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Urin verloren?**

- Öfter als einmal am Tag
- Etwa einmal am Tag
- Öfter als einmal in der Woche
- Etwa einmal in der Woche
- Selten oder nie

**2. Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie Ihre Kontrolle über**

**die Harnentleerung in den letzten 4 Wochen war?**

- Keinerlei Kontrolle über die Harnentleerung
- Häufiges Tröpfeln
- Gelegentliches Tröpfeln
- Vollständige Kontrolle

**3. Wie viele Einlagen oder Inkontinenzvorlagen haben Sie normalerweise in den letzten 4 Wochen am Tag gebraucht, um den Urinverlust unter Kontrolle zu haben?**

- Keine
- Eine Einlage am Tag
- Zwei Einlagen am Tag
- Drei oder mehr Einlagen am Tag

**4. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Tröpfeln oder Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schwacher Harnstrahl oder unvollständige Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Häufiger Harndrang tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Alles in allem, wie sehr haben Ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Wasserlassen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**6. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Stuhldrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vermehrter Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlust der Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Blutiger Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Schmerzen im Bauch / im Becken / im Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Alles in allem, wie sehr haben Ihnen der Stuhlgang in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**8. Wie würden Sie Folgendes, bezogen auf die letzten 4 Wochen, einschätzen?**

	Sehr schlecht bis nicht vor- handen	Schlecht	Einiger- maßen	Gut	Sehr gut
a) Ihre Fähigkeit, eine Erektion zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ihre Fähigkeit, zum Orgasmus (Höhepunkt) zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Wie würden Sie die übliche QUALITÄT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?**

- Hatte keine Erektion
- Nicht fest genug für irgendeine Form der sexuellen Aktivität
- Nur fest genug für Masturbation und Vorspiel
- Fest genug für Geschlechtsverkehr

**10. Wie würden Sie die HÄUFIGKEIT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?**

- Ich hatte NIE eine Erektion, wenn ich eine wollte
- Ich hatte WENIGER ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte ETWA HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte MEHR ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte eine Erektion WANN IMMER ich sie haben wollte

**11. Alles in allem, wie würden Sie Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit in den letzten 4 Wochen einschätzen?**

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Einigermaßen
- Gut
- Sehr gut

**12. Alles in allem, wie sehr hat Ihnen Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit oder deren Fehlen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**13. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Empfindliche / vergrößerte Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mangel an Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Veränderungen des Körpergewichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Interesse an Sex?**

- Überhaupt nicht
- Wenig
- Mäßig
- Sehr

**15. Haben Sie Arzneimittel oder Geräte benutzt, um Ihre Erektion zu verbessern?**

- Ja
- Nein

**16. Bitte geben Sie für die folgenden Arzneimittel und Geräte an, ob Sie diese probiert haben oder gegenwärtig nutzen um Ihre Erektion zu verbessern.**

	Noch nicht probiert	Bereits probiert, aber ohne Nutzen	Hilfreich, aber zurzeit nicht in Verwendung	Hilfreich und ich nutze es gelegentlich	Hilfreich und ich nutze es immer
a) Viagra oder anderes Medikament Name des Medikaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>MUSE</b> (Alprostadil zur Verwendung in der Harnröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>SKAT</b> (Injektion in den Schwellkörper des Gliedes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Vakuum Pumpe</b> (als Erektionshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere Arzneimittel oder Geräte Name des Arzneimittels / Gerätes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- Deutsch (und gegebenenfalls weitere)
- Eine andere

**18. Wie sind Sie versichert?**

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Andere / gar nicht

**19. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule   | <input type="checkbox"/> Abitur / allgemeine Hochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Anderen Schulabschluss             |
| <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule   | <input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss              |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife          |   |

**Internationaler Prostata-Symptomen-Score (IPSS)**

Herausgegeben von der deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. als offizieller urologischer Bewertungsstandard für Beschwerden des unteren Harntraktes bei gutartiger Prostatavergrößerung.

Bitte kein falscher Stolz bei Prostata-Beschwerden! Dieser Test soll Ihnen dabei helfen, eines der häufigsten Männerleiden in der 2. Lebenshälfte – die gutartige Prostatavergrößerung – frühzeitig zu erkennen. Sie erhalten einen Hinweis über die Schwere Ihrer Erkrankung und die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung.

**I-PSS (S):**

Die Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen	niemals	seltener als in einem von fünf Fällen	seltener als in der Hälfte aller Fälle	ungefähr in der Hälfte aller Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	fast immer
<b>Bitte ankreuzen</b>						
1. Wie oft hatten sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?	0	1	2	3	4	5
2. Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	0	1	2	3	4	5
3. Wie oft mussten Sie beim Wasser-lassen mehrmals aufhören und wieder 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
7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?	niemals 0	einmal 1	zweimal 2	dreimal 3	viermal 4	≥fünfmal 5

S = \_\_\_\_\_

**Lebensqualitätsindex (L):**

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern würden?	Ausgezeichnet	Zufrieden	Überwiegend zufrieden	Gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden	Überwiegend unzufrieden	Unglücklich	Sehr schlecht
<b>Bitte ankreuzen</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

L = \_\_\_\_\_

**Lebensqualität/Gesundheitszustand**

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

0     1     2     3     4     5     6     7   
 sehr schlecht ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

0  1  2  3  4  5  6  7   
 sehr schlecht ausgezeichnet

**Kontinenz\***

**1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?**

**2. Wie hoch ist der Urinverlust?**

Nie  0  
 1x pro Woche oder seltener  1  
 Zwei- bis dreimal pro Woche  2  
 Einmal täglich  3  
 Mehrmals täglich  4  
 Ständig  5

Kein Urinverlust  0  
 Eine geringe Menge  2  
 Eine mittelgroße Menge  4  
 Eine große Menge  6

**3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
 Gar nicht stark

**ICIQ-Summen-Score (1+2+3)\*:**

**Maximale Punktzahl:** 21

Keine Inkontinenz		0
Leichte Inkontinenz	bis	1-5
Mäßige Inkontinenz	bis	6-10
Starke Inkontinenz	≥	11

\* basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: www.iciq.net. J Urol 2006.

**Erektion (nach IIEF-5-SCORE)**

Für jede Frage sind mehrere Antworten vorgegeben, aus denen Sie bitte diejenige auswählen, die auf Sie am ehesten zutrifft. Bitte geben Sie bei jeder Frage jeweils nur eine Antwort.

<b>1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?</b>										
	Sehr gering oder nicht vorhanden	1	Niedrig	2	Mittelmäßig	3	Groß	4	Sehr groß	5

<b>2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration?</b>											
Keine sexuelle Stimulation	0	Fast nie oder nie	1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4	Fast immer oder immer	5

<b>3. Wie oft waren Sie bei dem Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre*n Partner*in penetriert hatten (eingedrungen waren)?</b>											
Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	Fast nie oder nie	1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4	Fast immer oder immer	5

<b>4. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?</b>											
Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	Außerst schwierig	1	Sehr schwierig	2	Schwierig	3	Ein bisschen schwierig	4	Nicht schwierig	5

<b>5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?</b>											
Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	Fast nie oder nie	1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4	Fast immer oder immer	5

IIEF-Score:

Ab einem Score von 22 liegt keine Erektionsstörung vor.