



Gemeinschaftspraxis für Urologie Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

Dr. med. Michael Kämmerling, Dr. med. Jan Marin, Dr. med. Andreas Bükers, Herr Wolfgang Spoerl,
Dr. med. Gudula Linnenbrink Dr. med. Stefan Rütten, Herr Daniel Thönissen, Dr. med. Catrin Milsman

Angestellte Ärzte: Dr. med. Christiana Wagner, Herr Peter Bergmann, Frau Sibille Weiss,
Dr. med. Michel Kämper, Herr Matthias Küch, Dr. med. Martin Rosmus

Medikamentöse Tumortherapie, Palliativmedizin, Ambulante Operationen, Krebsvorsorge, Andrologie,
Kinderurologie, Inkontinenzberatung und Labormedizin

Datum _____ Vor- und Nachname/Geburtsdatum _____

Fragebogen für Männer – IPSS

Der IPSS (International Prostate Symptom Score) dient zur Abschätzung der Symptome und des Schweregrades bei einer gutartigen Prostatavergrößerung. Bitte markieren Sie bei der Frage die für Sie am besten zutreffende Antwort.

IPSS	niemals	In weniger als 1 von 5 Fällen	Seltener als in der Hälfte der Fälle	Ungefähr in der Hälfte aller Fälle	In mehr als der Hälfte aller Fälle	Fast immer
Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft während des letzten Monats mussten Sie nach weniger als 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft während des letzten Monats mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft während des letzten Monats hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft während des letzten Monats mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie während des letzten Monats normalerweise nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?	Nie <input type="checkbox"/>	1x <input type="checkbox"/>	2x <input type="checkbox"/>	3x <input type="checkbox"/>	4x <input type="checkbox"/>	5x <input type="checkbox"/>
Lebensqualität	ausgezeichnet	Zufrieden	Überwiegend zufrieden	Gemischt	Unglücklich	schlecht
Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht mehr ändern würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>