

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Alle Angaben beziehen sich auf die letzten vier Wochen!!!	nie	seltener als in 1 von 5 Fällen	seltener als in der Hälfte aller Fälle	ungefähr in der Hälfte aller Fälle	in mehr als der Hälfte aller Fälle	fast immer	IHRE PUNKTZAHL
Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?	0	1	2	3	4	5	
Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	0	1	2	3	4	5	
Wie oft mussten Sie drücken oder pressen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	0	1	2	3	4	5	
Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht völlig entleert war?	0	1	2	3	4	5	
Wie oft mussten Sie nach weniger als zwei Stunden erneut Wasser lassen?	0	1	2	3	4	5	
Wie oft ist es Ihnen schwergefallen, das Wasserlassen hinauszuzögern?	0	1	2	3	4	5	
	nie	einmal	zweimal	dreimal	viermal	fünfmal oder häufiger	IHRE PUNKTZAHL
Wie oft sind Sie üblicherweise nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen? (Dies bezieht sich auf die Zeit vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen.)	0	1	2	3	4	5	
IPSS Gesamtpunktzahl:							

Lebensqualität aufgrund von Beschwerden beim Wasserlassen:	sehr zufrieden	zufrieden	überwiegend zufrieden	teils zufrieden/teils unzufrieden	überwiegend unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit den jetzigen Beschwerden verbringen müssten?	0	1	2	3	4	5	6