

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen so genau wie möglich aus. Sie erleichtern und beschleunigen hiermit das Anamnesegespräch.

Die **Seiten 4 und 5** sollten **nur von Männern** ausgefüllt werden.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____ Gesetzlich Privat versichert

Haben Sie aktuell Beschwerden? (nur beantworten, wenn Sie möchten)

Ja welche? _____ Nein

Waren Sie oder sind Sie wegen Krankheiten unter ärztlicher Kontrolle?

Ja welche? _____ Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja welche? _____ Nein

Haben Sie Allergien (z.B. Medikamente, Jod, Röntgenkontrastmittel, etc.)?

Ja welche? _____ Nein

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes mellitus Ja Nein

Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom/Grüner Star) Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Ja welche Operation(en)? _____ Nein

Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt?

Ja welche? /wer? _____ Nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt auf Empfehlung Internet andere

1. Fragen zum Wasserlassen:

Ich bin mit dem Wasserlassen zufrieden weitestgehend zufrieden unzufrieden
Wie oft müssen Sie **durchschnittlich am Tage** Wasserlassen? _____ -mal
Wie oft müssen Sie **durchschnittlich nachts** Wasserlassen? _____ -mal
Wie viel Flüssigkeit (in Litern) trinken Sie **durchschnittlich pro Tag**? _____ Liter

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein
Schmerzen beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein
Brennen beim Wasserlassen? Ja, seit _____ Nein
Rötlich verfärbter/blutiger Urin? Ja, seit _____ Nein
Ungewöhnlich riechender Urin? Ja, seit _____ Nein

Der **Beginn des Wasserlassens** ist prompt verzögert
Der **Harnstrahl** ist kräftig leicht abgeschwächt stark abgeschwächt
Müssen Sie **Drücken oder Pressen beim Wasserlassen**? Ja Nein
Das die **Dauer des Wasserlassens** ist normal verlängert

Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, dass die **Blase leer** ist?
 Ja Nein, ich kann kurze Zeit später wieder auf Toilette gehen.
Nehmen Sie **Medikamente ein, die das Wasserlassen verbessern** sollen?
 Ja, seit _____ (welches Medikament?) Nein

Kennen Sie **überfallsartigen, kaum unterdrückbaren Harndrang**?

nie selten gelegentlich häufig immer

Verlieren Sie ungewollt Urin? Ja, seit _____ Nein

Urinverlust beim Husten/Niesen Heben Bücken Laufen Liegen

Es kommt zum Urinverlust, weil der Harndrang zu stark ist und ich es nicht rechtzeitig auf die Toilette schaffe. Ja, seit _____ Nein

Ich benötige **tagsüber** keine Vorlagen _____ Vorlagen, diese sind meist
 trocken feucht nass.

Ich benötige **nachts** keine Vorlagen _____ Vorlagen, diese sind meist
 trocken feucht nass.

Der ungewollte Urinverlust wurde bisher nicht behandelt medikamentös behandelt
 mit Beckenbodentraining behandelt operativ behandelt (welche OP/Wann?)

Haben Sie jemals den **Abgang eines Nierensteins oder Griesabgang** bemerkt?

Ja, zuletzt _____ Nein

Wurden bei Ihnen bereits **Nieren-/Harnleitersteine/Blasensteine** behandelt?

Ja, zuletzt _____ Nein

Sind in Ihrer **Familie Nierensteine/Harnleitersteine/Blasensteine** bekannt?

Ja, bei _____ Nein

2. Fragen zum Allgemeinbefinden:

Mein **Appetit** ist gut reduziert, seit _____
Der **Stuhlgang** ist normal zu fest zu weich
 zu häufig zu selten Blutauflagerungen auf dem Stuhl
Abführmittel Ja Nein

Körpergröße in cm: _____

Körpergewicht in kg: _____

- Dies ist mein **konstantes Normalgewicht**.
 ungewollte Gewichtsabnahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)
 bewusste Gewichtsabnahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)
 Gewichtszunahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- nie gelegentlich täglich _____ (z. B. 1 Bier/Tag)

Rauchen Sie (z.B. Zigaretten/Zigarre/Pfeife)?

- Ich habe nie geraucht.
 Ich habe bis _____ über ca. _____ Jahre ca. _____ täglich geraucht.
 Ich rauche gelegentlich _____.
 Ich rauche täglich _____ seit _____.

3. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein
 Ja, aber die Medikation hat sich **seit meiner letzten Vorstellung in dieser Praxis nicht verändert**.
 Ja, folgende Medikamente haben sich geändert / ich nehme folgende Medikamente ein:

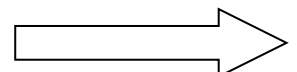
Nehmen Sie wegen einer Zuckererkrankung **Metformin-haltige** (z.B. Metformin / Glucophage / Siofor / Janumet / Velmetia / Eucreas) ein?

*Diese müssen **48 Stunden vor einer Vollnarkose oder vor einer Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel** pausiert werden.*

- Nein
 Ja, aber das Medikament wurde seit _____ Tagen pausiert.
 Ja, ich nehme _____ weiterhin ein.

Männer sollten noch die folgende Seite 4 sowie bei entsprechender Problematik auch die Seite 5 ausfüllen.

Datum Unterschrift Patientin / Patient



IPSS (International Prostate Symptom Score)

Alle Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen		Niemals	Seltener als in einem von fünf 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 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 Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen (Harnstottern)?	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? (Maßgebend ist der Zeitraum vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen.)	0	1	2	3	4	5
Gesamtsymptomen-Score IPSS =							

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
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um den IPSS (International Prostate Symptom Score), einen validierten und standardisierten Fragebogen, der als Diagnoseinstrument anerkannt ist.

Sehr geehrter Patient,

sollte bei Ihnen eine Einschränkung der Potenz / Erektionsfähigkeit vorliegen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen (IIEF-5) zur Erfassung der Qualität Ihrer Erektion auszufüllen.

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der **letzten 6 Monate**.

Wie schätzen Sie Ihre Zuversicht ein eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Punkte
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittelmäßig	Hoch	Sehr hoch	

Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Punkte
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast Immer oder immer	

Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Punkte
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast Immer oder immer	

Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Punkte
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	Äußerst schwierig	Sehr schwierig	Schwierig	Ein bisschen schwierig	Nicht schwierig	

Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Punkte
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast Immer oder immer	

Gesamtpunktzahl

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um den IIEF-5 (International Index of Erectile Function), einen validierten und standardisierten Fragebogen, der als Diagnoseinstrument anerkannt ist.