

## 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:

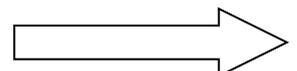
Nehmen Sie wegen einer Zuckererkrankung **Metformin-haltige** (z.B. Metformin / Glucophage / Siofor / Janumet / Velmetia / Eucreas) ein?

*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
<b>Gesamtsymptomen-Score IPSS =</b>							

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"/>	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.