



Prostatitis-Sprechstunde

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und
Andrologie

Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH

-Standort Giessen-

Rudolf-Buchheim-Str. 7, 35385 Giessen

Direktor: Prof. Dr. med. F. Wagenlehner

Tel. 0641-985 44501, Fax 0641-985 44509

Fragebogen-Set Prostatitis

Name, Vorname:

geb. am

oder

Patientenetikett

Sehr geehrter Patient,

im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Fragebögen, die dazu dienen, einerseits Ihre Beschwerden zu erfassen und den Therapieverlauf zu beurteilen und andererseits das Krankheitsbild der Prostatitis weiter zu verstehen.

Wir bitten Sie daher, diese Fragebögen sorgsam zu lesen und auszufüllen und dann dem Untersucher zurückzugeben. Sollten Sie die Fragen nicht verstehen oder beantworten können, teilen Sie dies bitte dem Untersucher mit.

Wenn Sie einzelne Fragebögen nicht ausfüllen wollen, so ist Ihnen dies freigestellt. Für die klinische Beurteilung der Prostatitis ist jedoch unabdingbar, den Internationalen Prostata Symptomen Score (IPSS) und den NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) auszufüllen, da ohne Angabe dieser Daten eine Klassifikation einer Prostatitis nicht gemacht werden kann.

Unabhängig davon bitten wir Sie, das gesamte Fragebogen-Set so gut wie möglich komplett auszufüllen.

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden völlig vertraulich und anonym ausgewertet und unterliegen in jedem Fall der ärztlichen Schweigepflicht!

Für die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Auswertung bitten wir um Ihre Zustimmung.

Giessen, den _____

(Unterschrift Patient)

(Unterschrift Arzt)

Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten

Bitte kreuzen Sie nur 1 Antwort pro Frage an!

1. Alter _____

2. Familienstand

- a) Single / ledig 1
- b) verheiratet / eheähnliche Beziehung 2
- c) geschieden 3
- d) wechselnde Partnerschaften 4

3. Haben Sie Kinder?

- a) nein 1
- b) 1 Kind 2
- c) 2 Kinder 3
- d) 3 Kinder 4
- e) >3 Kinder 5

4. Über welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss verfügen Sie?

- a) kein Abschluss 1
- b) Hauptschulabschluss 2
- c) Realschulabschluss 3
- d) Abitur / Fachabitur 4
- e) Studium (FH oder Uni mit Abschluss) 5

5. Welcher Berufsgruppe gehören sie an?

- a) Schüler /Student 1
- b) Auszubildender 2
- c) Handwerk 3
- d) Selbständig 4
- e) Angestellter 5
- f) Rentner 6
- g) nicht erwerbstätig 7

6. Wie hoch ist Ihr durchschnittliches Monatsbruttoeinkommen?

- a) <500 € 1
- b) 501-1500 € 2
- c) 1501-2500 € 3
- d) 2501-3500 € 4
- e) 3501-4500 € 5
- f) >4500 € 6

7. Wie hoch ist Ihre durchschnittliche Wochenarbeitszeit?

- a) <5 Stunden 1
- b) 5-15 Stunden 2
- c) 16-25 Stunden 3
- d) 26-35 Stunden 4
- e) 36-45 Stunden 5
- f) >45 Stunden 6

8. Wenn Sie an Ihre berufliche Streßbelastung denken, welchen der folgenden Werte würden Sie diese auf unten stehender Skala zuordnen?

kein Streß 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starker Streß

9. In welchem Maße beeinflussen Ihre Beschwerden Ihre Partnerschaft?

- a) derzeit keinen Partner 1
- b) gar nicht 2
- c) etwas 3
- d) erheblich 4

10. Wann sind zum ersten Mal Beschwerden, die Sie mit der Prostata in Zusammenhang bringen bei Ihnen aufgetreten?

bitte in Monaten oder Jahren angeben _____

11. Bitte beschreiben Sie kurz das Symptom unter dem Sie am meisten leiden.

12. Welcher Gruppe von sexueller Neigung gehören Sie an?

- a) heterosexuell 1
- b) homosexuell 2
- c) bisexuell 3

Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wie hoch ist Ihr Gewicht? _____ kg
2. Wie groß sind Sie? _____ cm
3. Rauchen Sie?
 - nein
 - ja, _____ Zigaretten pro Tag seit _____ JahrenFalls nein, haben Sie früher geraucht?
 - nein
 - ja, _____ Jahre, aufgehört _____
4. Wie viel Alkohol trinken Sie in der Regel an einem normalen Werktag (Montag bis Freitag)?
 - Bier _____ Flaschen (0,5 l)
 - Wein, Sekt _____ Zahl der Gläser (200 ml)
 - Likör, Schnaps _____ Zahl der Gläser (2 cl)
5. Wie viel Alkohol trinken Sie in der Regel an einem Wochenende (Samstag oder Sonntag)?
 - Bier _____ Flaschen (0,5 l)
 - Wein, Sekt _____ Zahl der Gläser (200 ml)
 - Likör, Schnaps _____ Zahl der Gläser (2 cl)
6. Wie oft treiben Sie **im Winter** Sport?
 - regelmäßig mehr als 2 Stunden pro Woche
 - regelmäßig 1-2 Stunden pro Woche
 - weniger als 1 Stunde in der Woche
 - keine sportliche Betätigung

Um welche Sportarten handelt es sich?

7. Wie oft treiben Sie **im Sommer** Sport?

- regelmäßig mehr als 2 Stunden pro Woche
- regelmäßig 1-2 Stunden pro Woche
- weniger als 1 Stunde in der Woche
- keine sportliche Betätigung

Um welche Sportarten handelt es sich?

Internationaler Prostata Symptom Score (IPSS)

(Patientenetikett)

Datum: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie eines der zugehörigen Kästchen ankreuzen!

| Alle Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen | niemals | seltener als in einem von 5 Fällen (<20%) | seltener als in der Hälfte der Fälle (<50%) | ungefähr in der Hälfte der Fälle (ca. 50%) | in mehr als der Hälfte der Fälle (>50%) | fast immer |
|---|----------------|---|---|--|---|----------------------------|
| 1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, daß Ihre Blase nach dem Wasser lassen 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 neu beginnen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasser lassen hinaus zu zögern? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasser lassen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Wie oft mußten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasser lassen zu beginnen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen? (bis zum Aufstehen am Morgen) | niemals (0) | einmal (1) | zweimal (2) | dreimal (3) | viermal (4) | fünfmal od. mehr (5) |

| | | | |
|--------|--|-------|--------|
| Summe: | | 0-7 | leicht |
| | | 8-19 | mittel |
| | | 20-35 | schwer |

NIH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX (NIH-CPSI) (deutsche Version)

Schmerzen oder Beschwerden

1. Haben Sie in der letzten Woche in den folgenden Körperbereichen irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden verspürt?
- | | Ja | Nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Bereich zwischen Mastdarm und Hoden (Damm) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Hoden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| c. An der Spitze des Penis (nicht in Verbindung mit Wasserlassen) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| d. Unterhalb der Gürtellinie, im Scham- oder Blasenbereich | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
2. Haben Sie letzten Woche:
- | | Ja | Nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Schmerzen oder ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen verspürt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Schmerzen oder Beschwerden während oder nach dem sexuellen Höhepunkt (Ejakulation) verspürt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
3. Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzen oder Beschwerden in einem oder mehreren dieser Bereiche verspürt?
- | | |
|----------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | nie |
| <input type="checkbox"/> 1 | selten |
| <input type="checkbox"/> 2 | manchmal |
| <input type="checkbox"/> 3 | oft |
| <input type="checkbox"/> 4 | fast immer |
| <input type="checkbox"/> 5 | immer |
4. Welche Zahl beschreibt am besten Ihre DURCHSCHNITTLICHEN Schmerzen oder Beschwerden an den Tagen, an denen Sie diese während der letzten Woche verspürten?
- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| keine | | | | | | | | | | am |
| Schmerzen | | | | | | | | | | schlimmsten |
| | | | | | | | | | | vorstellbare |
| | | | | | | | | | | Schmerzen |

Wasserlassen

5. Wie oft haben Sie in der letzten Woche nach dem Wasserlassen das Gefühl gehabt, dass Ihre Blase nicht vollständig entleert ist?
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | überhaupt nicht |
| <input type="checkbox"/> 1 | weniger als einmal von 5 |
| <input type="checkbox"/> 2 | weniger als bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 3 | ungefähr bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 4 | mehr als bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 5 | fast immer |

6. Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von 2 Stunden erneut Wasserlassen?
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | überhaupt nicht |
| <input type="checkbox"/> 1 | weniger als einmal von 5 |
| <input type="checkbox"/> 2 | weniger als bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 3 | ungefähr bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 4 | mehr als bei der Hälfte |
| <input type="checkbox"/> 5 | fast immer |

Auswirkung der Symptome

7. Wie sehr haben Ihre Beschwerden Sie Während der letzten Woche von Ihren üblichen Aktivitäten abgehalten?
- | | |
|----------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | überhaupt nicht |
| <input type="checkbox"/> 1 | nur wenig |
| <input type="checkbox"/> 2 | etwas |
| <input type="checkbox"/> 3 | viel |
8. Wie viel haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht?
- | | |
|----------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | überhaupt nicht |
| <input type="checkbox"/> 1 | nur wenig |
| <input type="checkbox"/> 2 | etwas |
| <input type="checkbox"/> 3 | viel |

Lebensqualität

9. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit genau den Beschwerden verbringen müssten, die Sie während der letzten Woche verspürt haben?
- | | |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | begeistert |
| <input type="checkbox"/> 1 | erfreut |
| <input type="checkbox"/> 2 | überwiegend zufrieden |
| <input type="checkbox"/> 3 | gemischt (ungefähr gleichmässig zufrieden und unzufrieden) |
| <input type="checkbox"/> 4 | überwiegend unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> 5 | unglücklich |
| <input type="checkbox"/> 6 | schrecklich |

Auswertung der Bereiche des NIH-CPSI

Schmerzen:

Gesamtpunktzahl der Nummern 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 und 4 = _____

Harnsymptome:

Gesamtpunktzahl der Nummern 5 und 6 = _____

Auswirkung auf die Lebensqualität:

Gesamtpunktzahl der Nummern 7, 8 und 9 = _____

Internationaler Index der Erektile Funktion (IIEF)

Diese Fragen beziehen sich auf Ihr Sexualleben **während der letzten 4 Wochen**. Bitte beantworten Sie diese Fragen so offen und eindeutig wie möglich. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie Sie antworten sollen, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.

Bei der Beantwortung dieser Fragen gelten folgende Definitionen:

| |
|--|
| * Geschlechtsverkehr: Ist definiert als vaginale Penetration der Partnerin (Eindringen in die Partnerin) |
| ** Sexuelle Aktivität: Beinhaltet Geschlechtsverkehr, Zärtlichkeiten, Vorspiel und Masturbation (Selbstbefriedigung) |
| *** Samenerguß: Ist definiert als der Ausstoß von Samen aus dem Penis (oder die Empfindung dessen) |
| **** Sexuelle Stimulation: Beinhaltet Situationen wie Liebesspiele mit der Partnerin, Betrachten erotischer Bilder usw. |

1. Wie oft waren Sie **während der letzten 4 Wochen** in der Lage, während sexueller Aktivitäten** eine Erektion zu bekommen?

| keine sexuellen Aktivitäten | fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
|-----------------------------|----------------------------|--|-------------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

2. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** bei sexueller Stimulation**** Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

| keine sexuelle Stimulation | fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
|----------------------------|----------------------------|--|-------------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

Die nächsten 3 Fragen beziehen sich auf die Erektionen, die Sie möglicherweise während des Geschlechtsverkehrs* gehabt haben.

3. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** versuchten Geschlechtsverkehr* zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, Ihre Partnerin zu penetrieren (in sie einzudringen)?

| ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht | fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
|---|----------------------------|--|-------------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

9. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** sexuell stimuliert**** wurden **oder** Geschlechtsverkehr* hatten, wie oft hatten Sie einen Samenerguß***?

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------|
| keine sexuelle Stimulation oder kein Geschlechtsverkehr | fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** sexuell stimuliert**** wurden **oder** Geschlechtsverkehr* hatten, wie oft hatten Sie das Gefühl eines Orgasmus mit oder ohne Samenerguß?

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------|
| keine sexuelle Stimulation oder kein Geschlechtsverkehr | fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die nächsten 2 Fragen beziehen sich auf sexuelles Verlangen. Sexuelles Verlangen soll als Gefühl definiert werden, das den Wunsch nach einem sexuellen Erlebnis (z. B. Masturbation (Selbstbefriedigung) oder Geschlechtsverkehr*), den Gedanken an Sex oder die Frustration über den Mangel an Sex beinhalten kann.

11. Wie oft haben Sie **während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen** verspürt?

| | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------|
| fast immer oder immer | meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | fast nie oder nie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens **während der letzten 4 Wochen** einschätzen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| sehr hoch | hoch | mittelmäßig | niedrig | sehr niedrig oder nicht vorhanden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Wie zufrieden waren Sie **während der letzten 4 Wochen** mit Ihrem **Sexualleben** insgesamt?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr zufrieden | in Maßen zufrieden | etwa gleich zufrieden wie unzufrieden | in Maßen unzufrieden | sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Wie zufrieden waren Sie **während der letzten 4 Wochen** mit der **sexuellen Beziehung** zu Ihrer Partnerin?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr zufrieden | in Maßen zufrieden | etwa gleich zufrieden wie unzufrieden | in Maßen unzufrieden | sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Wie würden Sie **während der letzten 4 Wochen** Ihre **Zuversicht** einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| sehr hoch | hoch | mittelmäßig | niedrig | sehr niedrig |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

Auswertung: EF-Domäne sind die Fragen 1, 2, 3, 4, 5, 15

| | | | |
|-------------|---------|---|-----------------------|
| Auswertung | < 25 | = | ED |
| ----- | | | |
| Schweregrad | 1 – 10 | = | schwere ED |
| | 11 – 16 | = | mittlere ED |
| | 17 – 21 | = | mittlere bis milde ED |
| | 22 – 25 | = | milde ED |
| | ab 26 | = | keine ED |

Sexual Function Index (SFI)

Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus, die am besten auf Sie zutrifft!

Lassen Sie uns sexuelles Verlangen als ein Gefühl definieren, das den Wunsch nach einem sexuellen Erlebnis (Masturbation oder Geschlechtsverkehr), den Gedanken daran Sex zu haben oder das Gefühl, durch das Fehlen von Sex frustriert zu sein, beinhaltet.

1. An wie vielen Tagen verspürten Sie in den letzten 30 Tagen ein sexuelles Verlangen?

- 0 an keinem Tag
- 1 nur an wenigen Tagen
- 2 an manchen Tagen
- 3 an den meisten Tagen
- 4 an fast jedem Tag

2. Wie würden Sie das Ausmaß Ihres sexuellen Verlangens in den letzten 30 Tagen einschätzen?

- 0 nicht vorhanden
- 1 niedrig
- 2 mittel
- 3 mäßig hoch
- 4 hoch

3. Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen vollständige oder unvollständige Erektionen, wenn Sie in irgendeiner Weise sexuell stimuliert wurden?

- 0 nie
- 1 einige Male
- 2 ziemlich oft
- 3 fast immer
- 4 immer

4. Wenn Sie in den letzten 30 Tagen Erektionen hatten, wie oft waren diese fest genug, um Geschlechtsverkehr zu haben?

- 0 nie
- 1 einige Male
- 2 ziemlich oft
- 3 fast immer
- 4 immer

5. Wie viele Schwierigkeiten bereitete es Ihnen in den letzten 30 Tagen, eine Erektion zu bekommen?
- 0 bekam gar keine Erektion
 - 1 viele Schwierigkeiten
 - 2 einige Schwierigkeiten
 - 3 kaum Schwierigkeiten
 - 4 keine Schwierigkeiten
6. Wie viele Schwierigkeiten haben Sie in den letzten 30 Tagen damit gehabt, zu ejakulieren, wenn Sie sexuell stimuliert worden sind?
- 0 hatte im letzten Monat keine sexuelle Stimulation
 - 1 viele Schwierigkeiten
 - 2 einige Schwierigkeiten
 - 3 kaum Schwierigkeiten
 - 4 keine Schwierigkeiten
7. Wie sehr betrachten Sie in den letzten 30 Tagen die Menge an Samenflüssigkeit, die Sie ejakulierten, als ein Problem für Sie?
- 0 hatte keinen Orgasmus
 - 1 ein großes Problem
 - 2 ein mittleres Problem
 - 3 ein kleines Problem
 - 4 kein Problem
8. In welchem Ausmaß war in den letzten 30 Tagen ein Mangel an sexuellem Verlangen ein Problem für Sie?
- 0 ein großes Problem
 - 1 ein mittleres Problem
 - 2 ein kleines Problem
 - 3 ein sehr kleines Problem
 - 4 kein Problem
9. In welchem Ausmaß empfanden Sie in den letzten 30 Tagen Ihre Fähigkeit, Erektionen zu bekommen und zu halten als Problem?
- 0 ein großes Problem
 - 1 ein mittleres Problem
 - 2 ein kleines Problem
 - 3 ein sehr kleines Problem
 - 4 kein Problem

10. In welchem Ausmaß empfanden Sie in den letzten 30 Tagen Ihre Ejakulation als Problem?

- 0 ein großes Problem
- 1 ein mittleres Problem
- 2 ein kleines Problem
- 3 ein sehr kleines Problem
- 4 kein Problem

11. Wie zufrieden waren Sie, insgesamt gesehen, in den letzten 30 Tagen mit Ihrem Sexualleben?

- 0 sehr unzufrieden
- 1 meist unzufrieden
- 2 neutral oder gemischt (etwa zu gleichen Teilen zufrieden und unzufrieden)
- 3 meist zufrieden
- 4 sehr zufrieden

Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF)

(Patientenetikett)

Datum: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das am ehesten zutreffende Kästchen ankreuzen.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Symptom Score | Bother Score |
|---|------------|----------|---------|---------|-----|---------------|--------------|
| 1) Wie oft gehen Sie unter Tags zur Toilette, um Wasser zu lassen? | 3 - 6 | 7 - 10 | 11 - 14 | 15 - 19 | 20+ | | |
| 2a) Wie oft gehen Sie nachts zur Toilette, um Wasser zu lassen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | | |
| 2b) Belästigt es Sie, wenn Sie nachts zur Toilette müssen? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 3a) Haben Sie jetzt oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Beschwerden während oder nach Geschlechtsverkehr ? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 3b) Vermieden Sie aufgrund von Schmerzen oder Dranggefühl jemals Geschlechtsverkehr ? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 4) Haben Sie Blasenschmerzen oder Schmerzen in Ihrem Becken ? (Scheide, Schamlippen, Unterbauch, Harnröhre, Dammregion, Hoden, Hodensack) | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 5a) Wenn sie Schmerzen haben, sind diese gewöhnlich ... | | gering | mäßig | stark | | | |
| 5b) Belästigt Sie dieser Schmerz ? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 6) Haben Sie nach dem Toilettengang immer noch ein Dranggefühl ? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 7a) Wenn Sie ein Dranggefühl haben, ist dieses gewöhnlich ... | | gering | mäßig | stark | | | |
| 7b) Belästigt Sie dieses Dranggefühl ? | nein / nie | manchmal | oft | immer | | | |
| 8) Haben Sie Geschlechtsverkehr ? | Ja | Nein | | | | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| Symptom Score | | |
| Bother Score | | |
| Total Score | | |