

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

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 ?

- ⁰ Nie
- ¹ Selten
- ² Manchmal
- ³ Oft
- ⁴ Fast immer
- 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| KEINE SCHMERZEN | | | | | AM 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 ?

- ⁰ Überhaupt nicht
- ¹ Weniger als einmal von 5
- ² Weniger als bei der Hälfte
- ³ Ungefähr bei der Hälfte
- ⁴ Mehr als bei der Hälfte
- ⁵ Fast immer

6. Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von 2 Stunden erneut Wasserlassen ?

- ⁰ Überhaupt nicht
- ¹ Weniger als einmal von 5
- ² Weniger als bei der Hälfte
- ³ Ungefähr bei der Hälfte
- ⁴ Mehr als bei der Hälfte
- ⁵ Fast immer

Auswirkung der Symptome

7. Wie sehr haben Ihre Beschwerden Sie während der letzten Woche von Ihren üblichen Aktivitäten abgehalten ?

- ⁰ Überhaupt nicht
- ¹ Nur wenig
- ² Etwas
- ³ Viel

8. Wie viel haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht ?

- ⁰ Überhaupt nicht
- ¹ Nur wenig
- ² Etwas
- 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 ?

- ⁰ Begeistert
- ¹ Erfreut
- ² Überwiegend zufrieden
- ³ Gemischt (ungefähr gleichmäßig zufrieden und unzufrieden)
- ⁴ Überwiegend unzufrieden
- ⁵ Unglücklich
- 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: = _____