

Chronische Prostatitis - Fragebogen

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. Hatten Sie letzte 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 (der 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 (Skala von 0 bis 10)

-
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Keine Schmerzen Sehr starke 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 fünf
 2 Weniger als die Hälfte
 3 Ungefähr bei der Hälfte
 4 Mehr als die Hälfte
 5 Fast immer

6. Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von zwei Stunden erneut Wasser lassen?

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

Auswirkungen 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 Stark
8. Wie oft haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht?
- 0
 1
 2
 3
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
 4 Überwiegend unzufrieden
 5 Unglücklich
 5 Schrecklich

Auswertung

Schmerzen (Summe 1 – 4) = _____

Harnsymptome (Summe 5-6) = _____

Auswirkung der Symptome (Summe 7-9) = _____

Total NIH-CPSI (Summe 1-9) = _____