



Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und  
roboter-assistierte Chirurgie

## Patientenfragebogen Prostata prätherapeutisch

Patientenetikett

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte entscheiden Sie sich jeweils für die Antwort, die in den letzten vier Wochen am ehesten auf Sie zutraf und machen Sie ein Kreuz in das Kästchen vor Ihrer Antwort. Es ist wichtig, dass Sie möglichst alle Fragen beantworten.

### 1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Urin verloren? (Eine Antwort)

- Öfter als einmal am Tag
- Etwa einmal am Tag
- Öfter als einmal in der Woche
- Etwa einmal in der Woche
- Selten oder nie

### 2. Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie Ihre Kontrolle über die Harnentleerung in den letzten 4 Wochen war? (Eine Antwort)

- Keinerlei Kontrolle über die Harnentleerung
- Häufiges Tröpfeln
- Gelegentliches Tröpfeln
- Vollständige Kontrolle

### 3. Wie viele Einlagen oder Inkontinenzvorlagen haben Sie normalerweise in den letzten 4 Wochen am Tag gebraucht, um den Urinverlust unter Kontrolle zu haben? (Eine Antwort)

- Keine
- Eine Einlage am Tag
- Zwei Einlagen am Tag
- Drei oder mehr Einlagen am Tag

**4. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort pro Zeile)**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
Tröpfeln oder Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwacher Harnstrahl oder unvollständige Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Harndrang tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Alles in allem, wie sehr haben Ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Wasserlassen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort)**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**6. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort pro Zeile)**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
Stuhldrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrter Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutiger Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bauch/im Becken/im Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Alles in allem, wie sehr hat Ihnen der Stuhlgang in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort)**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**8. Wie würden Sie Folgendes, bezogen auf die letzten 4 Wochen, einschätzen? (Eine Antwort pro Zeile)**

	Sehr schlecht bis nicht vorhanden	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Sehr gut
Ihre Fähigkeit, eine Erektion zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Fähigkeit, zum Orgasmus (Höhepunkt) zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Wie würden Sie die übliche QUALITÄT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben? (Eine Antwort)**

- Hatte keine Erektion
- Nicht fest genug für irgendeine Form der sexuellen Aktivität
- Nur fest genug für Masturbation und Vorspiel
- Fest genug für Geschlechtsverkehr

**10. Wie würden Sie die HÄUFIGKEIT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben? (Eine Antwort)**

- Ich hatte NIE eine Erektion, wenn ich eine wollte
- Ich hatte WENIGER ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte ETWA HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte MEHR ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte eine Erektion WANN IMMER ich sie haben wollte

**11. Alles in allem, wie würden Sie Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit in den letzten 4 Wochen einschätzen? (Eine Antwort)**

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Einigermaßen
- Gut
- Sehr gut

**12. Alles in allem, wie sehr hat Ihnen Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit oder deren Fehlen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort)**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**13. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet? (Eine Antwort pro Zeile)**

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindliche/vergrößerte Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel an Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderung des Körpergewichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Interesse an Sex? (Eine Antwort)**

- Überhaupt nicht
- Wenig
- Mäßig
- Sehr

**15. Haben Sie Arzneimittel oder Geräte benutzt, um Ihre Erektion zu verbessern? (Eine Antwort)**

- Ja
- Nein

**16. Bitte geben Sie für die folgenden Arzneimittel und Geräte an, ob Sie diese probiert haben oder gegenwärtig nutzen um Ihre Erektion zu verbessern. (Eine Antwort pro Zeile)**

	Noch nicht probiert	Bereits probiert, aber ohne Nutzen	Hilfreich, aber zurzeit nicht in Verwendung	Hilfreich und ich nutze es gelegentlich	Hilfreich und ich nutze es immer
Viagra oder anderes Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des Medikaments					
MUSE (Alprostadil zur Verwendung in der Harnröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SKAT (Injektionen in den Schwellkörper des Gliedes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuum Pumpe (als Erektionshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Arzneimittel oder Geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des Arzneimittels/Gerätes					

**17. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Eine Antwort)**

- Deutsch (und gegebenenfalls weitere)
- Eine andere

**18. Wie sind Sie versichert? (Eine Antwort)**

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Andere/gar nicht

**19. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Eine Antwort)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule | <input type="checkbox"/> Abitur/allgemeine Hochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Realschule/Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Anderen Schulabschluss           |
| <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule | <input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss            |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife        |   |

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben! Sie tragen dazu bei, die Versorgung von Patienten mit einem Prostatakarzinom zu verbessern.