

Inkontinenz-Fragebogen (ICIQ-SF 2004)

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Nie | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Einmal pro Woche oder seltener | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Zwei- bis dreimal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Einmal täglich | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Mehrmals täglich | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ständig | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Kein Urinverlust | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Eine geringe Menge | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Eine mittelgroße Menge | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Eine große Menge | <input type="checkbox"/> | 6 |

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht stark

4. Wann kommt es zum Urinverlust?

- | | |
|---|--------------------------|
| Zu keiner Zeit | <input type="checkbox"/> |
| Bevor Sie die Toilette erreichen können | <input type="checkbox"/> |
| Beim Husten, Niesen, Laufen u.s.w. | <input type="checkbox"/> |
| Im Schlaf | <input type="checkbox"/> |
| Bei körperlicher Anstrengung und Sport | <input type="checkbox"/> |
| Nach dem Wasserlassen | <input type="checkbox"/> |
| Aus keinem ersichtlichen Grund | <input type="checkbox"/> |
| Urinverlust tritt ständig auf | <input type="checkbox"/> |

5. ICIQ-Summen-Score (1+2+3):

Maximale Punktzahl:

21

- | | | |
|---------------------|------|------|
| Keine Inkontinenz | | 0 |
| Leichte Inkontinenz | bis | 1-5 |
| Mäßige Inkontinenz | bis | 6-10 |
| Starke Inkontinenz | über | 11 |

Patientenfragebogen Prostatakarzinom

Allgemeine Angaben

Patient: _____

Patienten-Nr.: _____

Bogen eingereicht von:

Zentrum

Arzt für Nachsorge

Patient

Medizinische Nachsorgedaten:

PSA-Wert

Metastasen

 ja nein

Rezidiv

 ja nein

Nachsorge-
Datum

Festgestellt am

Festgestellt am

Sonstiges:

Lebensqualität/Gesundheitszustand

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7
sehr schlecht ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7
sehr schlecht ausgezeichnet

Fragebogen für den Mann ab 40

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Datum der Befragung: _____

Mögliche Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte "keine" an.

	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	= Punkte
Körperliches Wohlbefinden						
Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens ● (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gelenk- und Muskelbeschwerden ● (Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Starkes Schwitzen ● (unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Schweißausbrüche unabhängig von Belastungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schlafstörungen ● (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig, müde ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft ● (allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen, etwas zu unternehmen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Abnahme der Muskelkraft ● (Schwächegefühl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
						Punktzahl: _____
Psychisches Wohlbefinden						
Reizbarkeit ● (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nervosität ● (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ängstlichkeit ● (Panik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Depressive Verstimmung ● (Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
						Punktzahl: _____
Sexuelles Wohlbefinden						
Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verminderter Bartwuchs ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nachlassen der Potenz ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen ●	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Abnahme der Libido ● (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
						Punktzahl: _____

Auswertung: Gesamtpunktzahl: 17 – 26 27 – 36 37 – 49 ≥50 **Gesamtpunktzahl:** _____
 Stärke der Beschwerden: keine wenig mittlere schwer

Ab einer Gesamtpunktzahl ≥37 ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.

Quelle: Heinemann et. al.: The Aging Males' Symptoms (AMS) rating scale. Cultural and linguistic validation into English. The Aging Male 2001; 4(1):14-22

Bitte nur ausfüllen, wenn Werte bekannt!

Bauchumfang [cm]: _____ Größe [cm]: _____ Gewicht [kg]: _____ Blutdruck [mmHg]: _____/_____

Ab einem Bauchumfang ≥102 cm ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.