

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu, den Grad Ihrer Blasensymptome zu bewerten und zu verstehen, welche Auswirkungen diese auf Ihr Wohlbefinden haben. Es ist bekannt, dass einige Menschen mit Blasenproblemen leben und sich nicht bewusst sind, dass es wirksame Behandlungsmethoden gibt. Bitte markieren Sie die Antwort, die am besten widerspiegelt, wie stark Sie das jeweilige Symptom empfinden. Addieren Sie anschließend die Punkte und notieren Sie die Gesamtsumme im dafür vorgesehenen Kästchen.

Wie sehr macht Ihnen Folgendes zu schaffen?	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
Häufiges Wasserlassen tagsüber	0	1	2	3	4	5
Unangenehmer Harndrang	0	1	2	3	4	5
Plötzlicher Harndrang ohne oder mit wenig Vorwarnung	0	1	2	3	4	5
Versehentlicher Abgang kleiner Urinmengen	0	1	2	3	4	5
Wasserlassen während der Nacht	0	1	2	3	4	5
Aufwachen in der Nacht, weil Sie Wasser lassen müssen	0	1	2	3	4	5
Unkontrollierbarer Harndrang	0	1	2	3	4	5
Unfreiwilliger Harnverlust, Verbunden mit einem starken Harndrang	0	1	2	3	4	5
Sind Sie männlich?	Wenn Ja, zählen Sie bitte 2 Punkte zu Ihrem Gesamtwert hinzu:					

Summe	
--------------	--

Zählen Sie bitte die Zahlenwerte Ihrer Antworten auf die Fragen oben zusammen und geben Sie dieses Blatt ausgefüllt Ihrem Arzt, wenn Sie ihn zur Untersuchung sehen.

Wenn Sie einen Gesamtwert von 8 oder mehr haben, leiden Sie möglicherweise an einer überaktiven Blase. Es gibt Möglichkeiten, diese Krankheit zu behandeln. Sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt über Ihre Symptome.