



ACSS – Acute cystitis symptom score

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
dieser Fragebogen dient der Erfassung der Symptome einer möglichen Harnwegsentzündung. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben an, bei Fragen oder Unklarheiten vermerken Sie diese.

Diagnose

Geben Sie bitte an, ob Sie die unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben. Bewerten Sie bitte deren Intensität (nur eine Antwort für jedes einzelne Symptom).

Typische Symptome	0	1	2	3	Punkte
Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen (wiederholte WC-Besuche)	☐ Nein	☐ Ja, etwas öfter als sonst (5-6 mal täglich)	☐ Ja, merklich öfter (7-8mal täglich)	☐ Ja, sehr oft (9-10ml täglich)	
Starker, unwillkürlicher Harndrang	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Gefühl einer unvollständigen Harnblasenentleerung	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Schmerzen oder Beschwerden (unangenehmes Druckgefühl) im Unterbauch oder Beckenbereich	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Sichtbares Blut im Urin	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Gesamtpunktzahl					

Differenzialdiagnose	0	1	2	3	Punkte
Schmerzen in der Lendengegend (Flanke, oft einseitig auf einer Seite)	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Neuer oder zunehmender Ausfluss aus der Scheide / eitriger Ausfluss aus der Harnröhre (unabhängig vom Wasserlassen)	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Erhöhte Körpertemperatur (über 37,5 °C) / Schüttelfrost	☐ Nein	☐ Ja, wenig	☐ Ja, mäßig	☐ Ja, stark	
Wenn Sie Temperatur gemessen haben, geben Sie diese bitte an	☐ ≤ 37,5 °C	☐ 37,6 – 37,9 °C	☐ 38,0 – 38,9 °C	☐ ≥ 39,0 °C	
Gesamtpunktzahl					



Lebensqualität

Wie stark ausgeprägt waren die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden. (Wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende Antwort aus):

		Punkte
☐ Keine Beschwerden (keine Symptome, ich fühle mich wie immer)	0	_____
☐ Geringe Beschwerden (ich fühle mich etwas unwohler als sonst)	1	
☐ Starke Beschwerden (ich fühle mich merklich schlechter als sonst)	2	
☐ Sehr starke Beschwerden (ich fühle mich schrecklich)	3	

Bitte geben Sie an, wie weit die genannten Symptome Ihre alltägliche Aktivität / Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben. (Wählen Sie bitte die am ehesten zutreffenden Antwort aus):

		Punkte
☐ Überhaupt nicht beeinträchtigt (ich arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden)	0	_____
☐ Ein wenig beeinträchtigt (wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger)	1	
☐ Bedeutend beeinträchtigt (alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden)	2	
☐ S Stark beeinträchtigt (ich kann praktisch nicht arbeiten)	3	

Bitte geben Sie an, wie weit die genannten Symptome Ihre gesellschaftlichen Aktivitäten (Besuche machen, sich mit Freunden treffen usw.) innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben. (Wählen Sie bitte die am ehesten zutreffenden Antwort aus):

		Punkte
☐ Überhaupt nicht beeinträchtigt (es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher)	0	_____
☐ Ein wenig beeinträchtigt (eine geringe Reduzierung der Aktivität)	1	
☐ Bedeutend beeinträchtigt (ich bin viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause)	2	
☐ S Stark beeinträchtigt (ich kann das Haus praktisch nicht verlassen)	3	

Gesamtpunktzahl _____

Begleitumstände

Bitte geben Sie an, ob zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bei Ihnen Folgendes zutrifft:

Menstruation (Regel)	☐ Ja	☐ Nein
Prämenstruelle Beschwerden (Beschwerden in der Zeit vor der Regel)	☐ Nein	☐ Ja
Klimakterisches Syndrom (Beschwerden in den Wechseljahren)	☐ Nein	☐ Ja
Schwangerschaft	☐ Nein	☐ Ja
Zuckerkrankheit	☐ Nein	☐ Ja