



IPSS – International Prostate Symptom Score

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

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie in den letzten 4 Wochen folgende Beschwerden hatten:

	Nie	Seltener als 1x von 5 Fällen	Weniger als die Hälfte der Fälle	Etwa die Hälfte der Fälle	Mehr als die Hälfte der Fälle	Fast immer
1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz geleert war?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Wie oft mussten Sie innerhalb von 2h ein zweites Mal Wasser lassen?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen (Harnstottern)?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen (vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen)?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Bitte addieren Sie die Punkte der Fragen 1-7:

Summe: _____

Auswertung:

0–7 Punkte: leichte Symptome

8–19 Punkte: mittelgradige Symptome

20–35 Punkte: schwere Symptome

Zusatzfrage zur Lebensqualität:

Wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit dem jetzigen Zustand Ihrer Harnbeschwerden verbringen müssten, wie würden Sie sich fühlen?

Ausgezeichnet	Zufrieden	Überwiegend zufrieden	Gemischt zufrieden, teils unzufrieden	Unglücklich	Sehr schlecht
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)