

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Schmerzen oder Beschwerden**

1. Haben Sie in der letzten Woche in den folgenden Körperbereichen irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden verspürt ?

- |   | Ja                                    | Nein                                  |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Bereich zwischen Mastdarm und Hoden (Damm)                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |
| b. Hoden  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |
| c. An der Spitze des Penis (nicht in Verbindung mit Wasserlassen) | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |
| d. Unterhalb der Gürtellinie, im Scham- oder Blasenbereich        | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |

2. Haben Sie letzten Woche:

- |  | Ja                                    | Nein                                  |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Schmerzen oder ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen verspürt ?                             | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |
| b. Schmerzen oder Beschwerden während oder nach dem sexuellen Höhepunkt (Ejakulation) verspürt ? | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> |

3. Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzen oder Beschwerden in einem oder mehreren dieser Bereiche verspürt ?

- <sup>0</sup> Nie
- <sup>1</sup> Selten
- <sup>2</sup> Manchmal
- <sup>3</sup> Oft
- <sup>4</sup> Fast immer
- <sup>5</sup> Immer

4. Welche Zahl beschreibt am besten Ihre DURCHSCHNITTLICHEN Schmerzen oder Beschwerden an den Tagen, an denen Sie diese während der letzten Woche verspürten ?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                                       |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                                     | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| KEINE SCHMERZEN          |                          |                          |                          |                          | AM SCHLIMMSTEN VORSTELLBARE SCHMERZEN |                          |                          |                          |                          |                          |

**Wasserlassen**

5. Wie oft haben Sie in der letzten Woche nach dem Wasserlassen das Gefühl gehabt, dass Ihre Blase nicht vollständig entleert ist ?

- <sup>0</sup> Überhaupt nicht
- <sup>1</sup> Weniger als einmal von 5
- <sup>2</sup> Weniger als bei der Hälfte
- <sup>3</sup> Ungefähr bei der Hälfte
- <sup>4</sup> Mehr als bei der Hälfte
- <sup>5</sup> Fast immer

6. Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von 2 Stunden erneut Wasserlassen ?

- <sup>0</sup> Überhaupt nicht
- <sup>1</sup> Weniger als einmal von 5
- <sup>2</sup> Weniger als bei der Hälfte
- <sup>3</sup> Ungefähr bei der Hälfte
- <sup>4</sup> Mehr als bei der Hälfte
- <sup>5</sup> Fast immer

**Auswirkung der Symptome**

7. Wie sehr haben Ihre Beschwerden Sie während der letzten Woche von Ihren üblichen Aktivitäten abgehalten ?

- <sup>0</sup> Überhaupt nicht
- <sup>1</sup> Nur wenig
- <sup>2</sup> Etwas
- <sup>3</sup> Viel

8. Wie viel haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht ?

- <sup>0</sup> Überhaupt nicht
- <sup>1</sup> Nur wenig
- <sup>2</sup> Etwas
- <sup>3</sup> Viel

**Lebensqualität**

9. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit genau den Beschwerden verbringen müssten, die Sie während der letzten Woche verspürt haben ?

- <sup>0</sup> Begeistert
- <sup>1</sup> Erfreut
- <sup>2</sup> Überwiegend zufrieden
- <sup>3</sup> Gemischt (ungefähr gleichmäßig zufrieden und unzufrieden)
- <sup>4</sup> Überwiegend unzufrieden
- <sup>5</sup> Unglücklich
- <sup>6</sup> Schrecklich

**Auswertung der Bereiche des NIH-CPSI**

**Schmerzen:**

Gesamtpunktzahl der Nummern 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 und 4: = \_\_\_\_\_

**Harnsymptome:**

Gesamtpunktzahl der Nummern 5 und 6: = \_\_\_\_\_

**Auswirkung auf die Lebensqualität:**

Gesamtpunktzahl der Nummern 7, 8 und 9: = \_\_\_\_\_