

Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH
Prostatakarzinomzentrum

Dokumentation
BBS_PZPAT5



Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1.

1.1 Patientendaten

2. Jahrgang des Primärfalls (wird vom Zentrum ausgefüllt!):

2.1 2011 2012 2013

3. Kontinenz

3.1 Wie oft kam es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust im letzten Monat?

nie (0) 1x/Woche oder seltener (1) 2-3x/Woche (2)
 1 x täglich (3) mehrmals täglich (4) ständig (5)

3.2 Wie hoch ist der Urinverlust?

kein Urinverlust (0) eine geringe Menge (2) eine mittelgroße Menge (4)
 eine große Menge (6)

3.3 Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt? Gar nicht (0) Stark (10)

3.4 Mussten Sie in den letzten zwei Monaten Einlagen kaufen? ja nein

3.5 Falls ja, wieviel Stück?

4. IIEF-EF Fragen zum Diagnosen- und Therapiekompass Männergesundheit

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Erektionsstörungen hinsichtlich Ihres Sexuallebens in den letzten sechs Monaten und wurden auf der Basis internationaler Standards erstellt. Lassen Sie bitte keine Frage aus. **Jede Frage lässt nur eine Antwort zu.**

Ihr Arzt wird Ihre Antworten mit Ihnen gemeinsam besprechen. So helfen Sie Ihm die richtige Diagnose zu stellen.

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen gelten folgende Definitionen:

* Geschlechtsverkehr - ist definiert als das vaginale Penetrieren (Eindringen in die Partnerin).

** Sexuelle Stimulation - beinhaltet Situationen wie Liebesspiel mit der Partnerin, Betrachten erotischer Bilder usw.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

--> Weiter auf der nächsten Seite



4. IIEF-EF Fragen zum Diagnosen- und Therapiekompass Männergesundheit [Fortsetzung]

- 4.1 Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?
- sehr niedrig (1) niedrig (2) mittelmäßig (3)
 hoch (4) sehr hoch (5)
- 4.2 Wenn Sie bei sexueller Stimulation** Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?
- keine sexuelle Aktivität (0) fast nie oder nie (1) selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) (2)
 manchmal (etwa die Hälfte der Fälle) (3) meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle) (4) fast immer oder immer (5)
- 4.3 Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr* in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?
- Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht (0) fast nie oder nie (1) selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) (2)
 manchmal (etwa die Hälfte der Fälle) (3) meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle) (4) fast immer oder immer (5)
- 4.4 Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr* Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?
- Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht (0) äußerst schwierig (1) sehr schwierig (2)
 schwierig (3) ein bisschen schwierig (4) nicht schwierig (5)
- 4.5 Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?
- Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht (0) fast nie oder nie (1) selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) (2)
 manchmal (etwa die Hälfte der Fälle) (3) meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle) (4) fast immer oder immer (5)

5. Diagnose // Scoring

5.1 Punktzahl Kontinenz:

10er	<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"/>
1er	<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"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

5.2 Punktzahl IIEF EF:

10er	<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"/>
1er	<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"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

Zuordnung Kontinenz: Keine Inkontinenz 0; leichte Inkontinenz 1-5; mäßige Inkontinenz 6-10; starke Inkontinenz > 11

Zuordnung IIEF EF: Keine Erektionsstörung (26-30); leichte Erektionsstörung (22-25) ; Leichte bis mäßige Erektionsstörung (17-21); mäßige Erektionsstörung (11-16); schwere Erektionsstörung (6-10)

