



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)

Fragen zu Schmerzen oder Beschwerden

- Haben Sie in der letzten Woche in den folgenden Körperbereichen irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden verspürt?
 - Bereich zwischen Mastdarm und Hoden? Ja¹ Nein⁰
 - Hoden Ja¹ Nein⁰
 - An der Spitze des Penis (nicht in Verbindung mit Wasserlassen) Ja¹ Nein⁰
 - Unterhalb der Gürtellinie im Scham- oder Blasenbereich Ja¹ Nein⁰
- Haben Sie letzte Woche
 - Schmerzen oder ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen verspürt? Ja¹ Nein⁰
 - Schmerzen oder Beschwerden während oder nach dem sexuellen Höhepunkt (Ejakulation) verspürt? Ja¹ Nein⁰
- Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzen oder Beschwerden in einem oder mehreren dieser Bereiche verspürt?

Nie	<input type="checkbox"/>	0
Selten	<input type="checkbox"/>	1
Manchmal	<input type="checkbox"/>	2
Oft	<input type="checkbox"/>	3
Fast immer	<input type="checkbox"/>	4
Immer	<input type="checkbox"/>	5
- Welche Zahl beschreibt am besten Ihre durchschnittlichen Schmerzen oder Beschwerden an den Tagen, an denen Sie diese während der letzten Woche verspürten? (Skala von 0 bis 10)

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Schmerzen					Am schlimmsten vorstellbare Schmerzen				

Fragen zum Wasserlösen

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

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	0
Weniger als einmal von fünf	<input type="checkbox"/>	1
Weniger als die Hälfte	<input type="checkbox"/>	2
Ungefähr bei der Hälfte	<input type="checkbox"/>	3
Mehr als bei der Hälfte	<input type="checkbox"/>	4
Fast immer	<input type="checkbox"/>	5

- Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von zwei Stunden erneut Wasser lassen?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	0
Weniger als einmal von fünf	<input type="checkbox"/>	1
Weniger als bei der Hälfte	<input type="checkbox"/>	2
Ungefähr bei der Hälfte	<input type="checkbox"/>	3
Mehr als bei der Hälfte	<input type="checkbox"/>	4
Fast immer	<input type="checkbox"/>	5

Fragen zu Auswirkungen und Symptomen

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

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	0
Nur wenig	<input type="checkbox"/>	1
Etwas	<input type="checkbox"/>	2
Stark	<input type="checkbox"/>	3
- Wie oft haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	0
Nur wenig	<input type="checkbox"/>	1
Etwas	<input type="checkbox"/>	2
Viel	<input type="checkbox"/>	3
- 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?

Begeistert	<input type="checkbox"/>	0
Erfreut	<input type="checkbox"/>	1
Überwiegend zufrieden	<input type="checkbox"/>	2
Gemischt	<input type="checkbox"/>	3
Überwiegend unzufrieden	<input type="checkbox"/>	4
Unglücklich	<input type="checkbox"/>	5
Schrecklich	<input type="checkbox"/>	6

Auswertung

Schmerzen (Summe 1-4)	=	_____
Harnsymptome (Summe 5+6)	=	_____
Lebensqualität (Summe 7-9)	=	_____
Total NIH-CPSI (Summe 1-9)	=	_____

(Mild = 0-9, Moderate = 10-18, Severe = 19-31)