

# Unterlagen zur Patientenbefragung

Prostatakarzinomzentrum  
Klinikum Dortmund

Patientendaten / Patientenaufkleber

Name:

Geburtsdatum:

Patienten-Nr.:

Datum: .....

**Bogen eingereicht von**

Zentrum

Arzt für Nachsorge

Patient

**Medizinische Nachsorgedaten**

PSA-Wert

Nachsorge-Datum

Metastasen

ja

nein

Festgestellt am

Rezidiv

ja

nein

Festgestellt am

**Sonstiges:**

---

---

---

**Lebensqualität/Gesundheitszustand**

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

sehr schlecht

ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

sehr schlecht

ausgezeichnet

Etikett Benutzername

Bitte geben Sie das heutige Datum an

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte entscheiden Sie sich jeweils für die Antwort, die in den letzten vier Wochen am ehesten auf Sie zutraf und machen Sie ein Kreuz in das Kästchen vor Ihrer Antwort. Es ist wichtig, dass Sie möglichst alle Fragen beantworten.

**1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Urin verloren?**

- Öfter als einmal am Tag
- Etwa einmal am Tag
- Öfter als einmal in der Woche (Eine Antwort)
- Etwa einmal in der Woche
- Selten oder nie

**2. Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie Ihre Kontrolle über die Harnentleerung in den letzten 4 Wochen war?**

- Keinerlei Kontrolle über die Harnentleerung
- Häufiges Tröpfeln (Eine Antwort)
- Gelegentliches Tröpfeln
- Vollständige Kontrolle

**3. Wie viele Einlagen oder Inkontinenzvorlagen haben Sie normalerweise in den letzten 4 Wochen am Tag gebraucht, um den Urinverlust unter Kontrolle zu haben?**

- Keine
- Eine Einlage am Tag (Eine Antwort)
- Zwei Einlagen am Tag
- Drei oder mehr Einlagen am Tag

**4. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

(Eine Antwort pro Zeile)

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Tröpfeln oder Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schwacher Harnstrahl oder unvollständige Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Häufiger Harndrang tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Alles in allem, wie sehr haben Ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Wasserlassen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

(Eine Antwort)

**6. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

(Eine Antwort pro Zeile)

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Stuhl drang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vermehrter Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlust der Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Blutiger Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Schmerzen im Bauch / im Becken / im Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Alles in allem, wie sehr hat Ihnen der Stuhlgang in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

(Eine Antwort)

**8. Wie würden Sie Folgendes, bezogen auf die letzten 4 Wochen, einschätzen?**

(Eine Antwort pro Zeile)

	Sehr schlecht bis nicht vorhanden	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Sehr gut
a) Ihre Fähigkeit, eine Erektion zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ihre Fähigkeit, zum Orgasmus (Höhepunkt) zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Wie würden Sie die übliche QUALITÄT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?**

- Hatte keine Erektion
- Nicht fest genug für irgendeine Form der sexuellen Aktivität
- Nur fest genug für Masturbation und Vorspiel
- Fest genug für Geschlechtsverkehr

(Eine Antwort)

**10. Wie würden Sie die HÄUFIGKEIT Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?**

- Ich hatte NIE eine Erektion, wenn ich eine wollte
- Ich hatte WENIGER ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte ETWA HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte (Eine Antwort)
- Ich hatte MEHR ALS HALB SO OFT eine Erektion wie ich haben wollte
- Ich hatte eine Erektion WANN IMMER ich sie haben wollte

**11. Alles in allem, wie würden Sie Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit in den letzten 4 Wochen einschätzen?**

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Einigermaßen (Eine Antwort)
- Gut
- Sehr gut

**12. Alles in allem, wie sehr hat Ihnen Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit oder deren Fehlen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

- Kein Problem
- Sehr kleines Problem
- Kleines Problem (Eine Antwort)
- Mäßiges Problem
- Großes Problem

**13. Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?**

(Eine Antwort pro Zeile)

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
a) Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Empfindliche / vergrößerte Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mangel an Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Veränderung des Körpergewichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Interesse an Sex?**

- Überhaupt nicht
- Wenig
- Mäßig (Eine Antwort)
- Sehr

**15. Haben Sie Arzneimittel oder Geräte benutzt, um Ihre Erektion zu verbessern?**

- Ja
- Nein

(Eine Antwort)

**16. Bitte geben Sie für die folgenden Arzneimittel und Geräte an, ob Sie diese probiert haben oder gegenwärtig nutzen um Ihre Erektion zu verbessern.**

(Eine Antwort pro Zeile)

	Noch nicht probiert	Bereits probiert, aber ohne Nutzen	Hilfreich, aber zurzeit nicht in Verwendung	Hilfreich und ich nutze es gelegentlich	Hilfreich und ich nutze es immer
a) Viagra oder anderes Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des Medikaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>MUSE</b> (Alprostadil zur Verwendung in der Harnröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>SKAT</b> (Injektionen in den Schwellkörper des Gliedes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Vakuum Pumpe</b> (als Erektionshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere Arzneimittel oder Geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des Arzneimittels / Gerätes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen (17 bis 19) nur, wenn Sie in einem Prostatakrebszentrum in Deutschland behandelt werden.

**17. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- Deutsch (und gegebenenfalls weitere)
- Eine andere

(Eine Antwort)

**18. Wie sind Sie versichert?**

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Andere / gar nicht

(Eine Antwort)

**19. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- Hauptschule / Volksschule
- Realschule / Mittlere Reife
- Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife
- Abitur / allgemeine Hochschulreife
- Anderen Schulabschluss
- Keinen Schulabschluss

(Eine Antwort)