



# FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (Seite 1)

- zum Verbleib in der Akte -

Name:

---

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe (cm): \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Beruf:

---

Familienstand:

---

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt, wenn ja weswegen? O nein    O ja

---

---

Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz)? O nein    O ja

---

---

Leiden Sie an Stoffwechselstörungen (z.B. hoher Blutzucker, Diabetes mellitus, Leber- oder Nierenfunktionseinschränkung)? O nein    O ja

---

---

---



# FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (Seite 2)

- zum Verbleib in der Akte -

Liegen bei Ihnen akute oder chronische Infektionskrankheiten vor (z.B. Harnwegsinfektion, Prostatentzündung, Gelbsucht, Hepatitis, HIV/AIDS)?  nein  ja

---

---

---

Tragen Sie künstliche Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Herzklappen, Prothesen)?  nein  ja

---

---

---

Wurden Sie schon einmal operiert, wenn ja woran und wann?  nein  ja

---

---

---

Traten bei früheren Operationen oder Zahnbehandlungen verstärkte Blutungen oder Nachblutungen auf?  nein  ja

---

---

---

Wurden bei Ihnen bereits Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten (z.B. gegen Antibiotika oder örtliche Betäubungsmittel) festgestellt, wenn ja welche?  nein  ja

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich ein?

---

---

---

---

---

---

---



# FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (Seite 3)

- zum Verbleib in der Akte -

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein  nein  ja  
(z.B. ASS oder Aspirin®, Plavix® oder Marcumar®)?

---

---

---

Liegen oder lagen bei weiteren Familienangehörigen  nein  ja  
(Vater, Onkel, Bruder) bösartige Erkrankungen  
der Prostata vor, wenn ja, in welchem Alter wurden diese festgestellt?

---

---

---

---

---

---

Wie viele Brüder haben Sie? \_\_\_\_\_  
Wie viele Onkel väterlicherseits haben Sie? \_\_\_\_\_  
Wie viele Onkel mütterlicherseits haben Sie? \_\_\_\_\_



# PROSTATA-SYMPTOMEN-SCORE (bitte ankreuzen)

- zum Verbleib in der Akte -

Name: \_\_\_\_\_

1. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

2. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie in weniger als zwei Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

3. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie mehrmals aufhören und wieder neu beginnen beim Wasserlassen?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

4. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

5. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

6. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?

niemals (0)	seltener als in 1 von 5 Fällen (1)	seltener als in der Hälfte aller Fälle (2)	ungefähr in der Hälfte aller Fälle (3)	in mehr als der Hälfte aller Fälle (4)	fast immer (5)
----------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------

7. Wie oft sind Sie während des letzten Monats im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen (maßgebend ist der Zeitraum vom zu Bett gehen bis zum Aufstehen morgens)?

niemals (0)	einmal (1)	zweimal (2)	dreimal (3)	viermal (4)	fünfmal oder öfter (5)
----------------	---------------	----------------	----------------	----------------	---------------------------

8. Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?

ausgezeichnet (0)	zufrieden (1)	überwiegend zufrieden (2)	gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden (3)	überwiegend unzufrieden (4)	unglücklich (5)	sehr schlecht (6)
----------------------	------------------	------------------------------	---	--------------------------------	--------------------	----------------------



# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

- zum Verbleib in der Akte -

Ergänzende Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch (z.B. individuelle Gefahren, erhöhte Risiken, Betreuung etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort und Datum

Unterschrift Arzt

Frau/Herr Dr.

---

hat mich über die Durchführung der Prostatabiopsie/Gewebeprobenentnahme in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch umfassend informiert. Ich konnte alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Die Art und Weise und die Bedeutung des Eingriffs, sowie mögliche Risiken und Komplikationen sind mir dabei bewusst geworden.

**Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen mehr.  
Ich willige in die Prostatabiopsie/Gewebeprobenentnahme ein.**

Ort und Datum

Unterschrift Patient

Im Fall der Ablehnung der Prostatabiopsie/Gewebeprobenentnahme:  
Ich lehne die Prostatabiopsie/Gewebeprobenentnahme nach eingehender medizinischer Aufklärung ab. Die möglicherweise eintretenden Nachteile und Schäden (einschließlich des Fortschreitens einer evtl. bestehenden bösartigen Tumorerkrankung der Prostata) sind mir bewusst.

Ort und Datum

Unterschrift Patient

