

ACSS-Fragebogen - Frauen



Name: _____

geb.: _____ Nr.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24
 Stunden bemerkt haben und bewerten Sie bitte deren Intensität (nur **eine**
 Antwort für jedes Symptom)

Der Bogen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und
 verbleibt mit Ihren Unterlagen in der Praxis.

	0	1	2	3
1. Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen (wiederholte WC-Besuche)	<input type="checkbox"/> nein bis 4-mal täglich	<input type="checkbox"/> ja, etwas öfter als sonst 5-6-mal täglich	<input type="checkbox"/> ja, merklich öfter als sonst 7-8-mal täglich	<input type="checkbox"/> ja, sehr oft 9-10-mal täglich
2. Starker, unwillkürlicher Harndrang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
3. Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
4. Gefühl einer unvollständigen Harnblasenentleerung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
5. Schmerzen oder Beschwerden (unangenehmes Druckgefühl) im Unterbauch oder Beckenbereich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
6. Sichtbares Blut im Urin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
Gesamtpunktzahl = Punkte				
7. Schmerzen in der Lendengegend (auch einseitig)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
8. Neuer oder zunehmender Ausfluss aus der Scheide	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
9. Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre (unabhängig vom Wasserlassen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark
10. Erhöhte Körpertemperatur (über 37,5 °C) Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenig	<input type="checkbox"/> ja, mäßig	<input type="checkbox"/> ja, stark

Wenn Sie Temperatur gemessen haben, geben Sie diese bitte an	≤ 37,5°C	37,6° - 37,9°	38,0° - 38,9°	≥ 39,0 °C
Gesamtpunktzahl =				Punkte
11.	Bitte geben Sie an wie stark ausgeprägt die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden waren (wählen Sie bitte nur eine am ehesten zutreffende Antwort)			
	<input type="checkbox"/> 0 Keine Beschwerden (<i>keine Symptome, fühle mich wie immer</i>) <input type="checkbox"/> 1 Geringe Beschwerden (<i>fühle mich etwas unwohler als sonst</i>) <input type="checkbox"/> 2 Starke Beschwerden (<i>fühle mich merklich schlechter als sonst</i>) <input type="checkbox"/> 3 Sehr starke Beschwerden (<i>fühle mich schrecklich</i>)			
12.	Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre alltägliche Aktivität/Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur eine am ehesten zutreffende Antwort)			
	<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (<i>arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden</i>) <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (<i>wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger</i>) <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (<i>alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden</i>) <input type="checkbox"/> 3 Stark beeinträchtigt (<i>ich kann praktisch nicht arbeiten</i>)			
13.	Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre gesellschaftlichen Aktivitäten (Besuche machen, sich mit Freunden treffen usw.) innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur eine am ehesten zutreffende Antwort)			
	<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (<i>es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher</i>) <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (<i>eine geringe Reduzierung der Aktivität</i>) <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (<i>viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause</i>) <input type="checkbox"/> 3 Sehr stark beeinträchtigt (<i>schrecklich, kann das Haus praktisch nicht verlassen</i>)			
Gesamtpunktzahl =				Punkte
14.	Bitte geben Sie an, ob beim Ausfüllen des Fragebogens Folgendes zutrifft:			
	Menstruation (Regel)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Prämenstruelle Beschwerden (Beschwerden in der Zeit vor der Regel)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Klimakterisches Syndrom (Beschwerden in den Wechseljahren)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bitte vergessen Sie nicht, den ausgefüllten Fragebogen Ihrem Arzt zurückzugeben.

Wir danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam