

# Deutscher ACSS<sup>®</sup> - Fragebogen

## ACSS Teil A – Erstvorstellung (Visite 1)

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben, und bemessen Sie bitte deren Intensität (*nur eine Antwort für jedes einzelne Symptom*)

|                      |  | 0   | 1  | 2  | 3   |  |
|----------------------|--|---|--|--|---|--|
| Typische Symptome    | 1  | Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen ( <i>wiederholte WC-Besuche</i> )<br><i>bis 4-mal täglich</i>  | <input type="checkbox"/> Nein            | <input type="checkbox"/> Ja, etwas öfter als sonst<br><i>5-6-mal täglich</i> | <input type="checkbox"/> Ja, merklich öfter<br><i>7-8-mal täglich</i> | <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft<br><i>9-10-mal täglich</i> |
|                      | 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 ( <i>unangenehmes Druckgefühl</i> ) 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   |
| Differentialdiagnose | 7  | Schmerzen in der Lendengegend ( <i>Flanke</i> )*  | <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 ( <i>unabhängig vom Wasserlassen</i> )  | <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<br>( <i>wenn Sie Temperatur gemessen haben, bitte geben Sie diese an</i> ) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein<br>≤37,5 C | <input type="checkbox"/> Ja, wenig<br>37,6-37,9 C                            | <input type="checkbox"/> Ja, mäßig<br>38,0-38,9 C                     | <input type="checkbox"/> Ja, stark<br>≥39,0                      |
| Gesamtpunktzahl =    |  |   |  |  |   | Punkte   |
| Lebensqualität       | 11   | Bitte geben Sie an, wie stark ausgeprägt die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden waren ( <i>wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende Antwort</i> ):   |  |  |   |  |
|                      |  | <input type="checkbox"/> 0 Keine Beschwerden ( <i>keine Symptome, fühle mich wie immer</i> )<br><input type="checkbox"/> 1 Geringe Beschwerden ( <i>fühle mich etwas unwohler als sonst</i> )<br><input type="checkbox"/> 2 Starke Beschwerden ( <i>fühle mich merklich schlechter als sonst</i> )<br><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 ( <i>wählen Sie bitte eine am ehesten zutreffende Antwort</i> ):   |  |  |   |  |
|                      |  | <input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt ( <i>arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden</i> )<br><input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt ( <i>wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger</i> )<br><input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt ( <i>alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden</i> )<br><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 gestört haben ( <i>wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende Antwort</i> ):   |   |  |  |   |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt ( <i>es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher</i> )<br><input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt ( <i>eine geringe Reduzierung der Aktivität</i> )<br><input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt ( <i>viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause</i> )<br><input type="checkbox"/> 3 Sehr stark beeinträchtigt ( <i>schrecklich, kann das Haus praktisch nicht verlassen</i> ) |   |  |  |   |  |
| Gesamtpunktzahl =    |  |   |  |  |   | Punkte   |
| Begleitumstände      | 14   | Bitte geben Sie an, ob zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bei Ihnen folgendes zutrifft:   |  |  |   |  |
|                      |  | Menstruation ( <i>Regel</i> )?  |  |  |   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja        |
|                      |  | Prämenstruelle Beschwerden ( <i>Beschwerden in der Zeit vor der Regel</i> )?  |  |  |   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja        |
|                      |  | Klimakterisches Syndrom ( <i>Beschwerden in den Wechseljahren</i> )?  |  |  |   | <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             |  |

©Der Acute Cystitis Symptom Score (ACSS): Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt ([www.acss.world](http://www.acss.world)), für den persönlichen Gebrauch jedoch kostenlos. Für klinische Studien oder bei kommerzieller Nutzung wenden Sie sich bitte an die Urheberrechtsinhaber ([info@acss.world](mailto:info@acss.world)).

Alidjanov et al 2017 Der Urologe 56:364–366. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28150016/>

# Deutscher ACSS<sup>©</sup> - Fragebogen

## ACSS Teil B – Wiedervorstellung (Folge-Visite)

Datum: / / (Tag/Monat/Jahr)

| Dynamik   |   | Bitte geben Sie an, ob Sie irgendwelche Änderungen in Ihrem Zustand seit dem Ausfüllen des ersten Teils unseres Fragebogens bemerkt haben? (kreuzen Sie bitte Ihre Antwort an):    |   |   |  |   |
|---|---|--|---|---|--|---|
|   |   | <input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich jetzt ausgezeichnet (alle Symptome sind endgültig vergangen)   |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 1 Mir geht es jetzt wesentlich besser (die Mehrheit der Symptome ist vergangen)   |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich jetzt nur gering besser (die Mehrheit der Symptome ist immer noch da)  |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3 Es gibt jetzt keine Änderung meines Zustands (alle Symptome sind noch vorhanden)  |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 4 Es ist jetzt schlimmer geworden (mein Zustand hat sich verschlechtert)  |   |   |  |   |
| Typische Symptome   |   | 0  | 1   | 2   | 3  |   |
| Bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben, und bemessen Sie bitte deren Intensität (nur <u>eine Antwort</u> für jedes einzelne Symptom) <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> |   |  |   |   |  |   |
| 1   | Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen (wiederholte WC-Besuche)   | <input type="checkbox"/> Nein<br><i>bis 4-mal täglich</i>  | <input type="checkbox"/> Ja, etwas öfter als sonst<br><i>5-6-mal täglich</i>                                    | <input type="checkbox"/> Ja, merklich öfter<br><i>7-8-mal täglich</i> | <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft<br><i>9-10-mal täglich</i> |   |
|   | 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   |   |
| Differentialdiagnose  |   | 0  | 1   | 2   | 3  |   |
| Bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben, und bemessen Sie bitte deren Intensität (nur <u>eine Antwort</u> für jedes einzelne Symptom) <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> |   |  |   |   |  |   |
| 7   | Schmerzen in der Lendengegend (Flanke)*   | <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<br>(wenn Sie Temperatur gemessen haben, bitte geben Sie diese an) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br>≤37,5 C  | <input type="checkbox"/> Ja, wenig<br>37,6-37,9 C                     | <input type="checkbox"/> Ja, mäßig<br>38,0-38,9 C                | <input type="checkbox"/> Ja, stark<br>≥39,0 |
| Gesamtpunktzahl =   |   |  |   |   | Punkte   |   |
| *oft einseitig (auf einer Seite)  |   |  |   |   |  |   |
| Lebensqualität  |   |  |   |   |  |   |
| Bitte geben Sie an, wie stark ausgeprägt die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden waren (wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende Antwort):                                |   |  |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 0 Keine Beschwerden (keine Symptome, fühle mich wie immer)  |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 1 Geringe Beschwerden (fühle mich etwas unwohler als sonst)   |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2 Starke Beschwerden (fühle mich merklich schlechter als sonst)   |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3 Sehr starke Beschwerden (fühle mich schrecklich)  |   |   |  |   |
| 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 eine am ehesten zutreffende Antwort):                              |  |   |   |  |   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden) |   |  |   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger)              |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden)  |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3 Stark beeinträchtigt (ich kann praktisch nicht arbeiten)  |   |   |  |   |
| 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 gestört haben (wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende Antwort): |  |   |   |  |   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher) |   |  |   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (eine geringe Reduzierung der Aktivität)                    |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause)   |   |   |  |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3 Sehr stark beeinträchtigt (schrecklich, kann das Haus praktisch nicht verlassen)  |   |   |  |   |
| Gesamtpunktzahl =   |   |  |   |   | Punkte   |   |
| Begleitumstände   |   |  |   |   |  |   |
| Bitte geben Sie an, ob zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bei Ihnen folgendes zutrifft:   |   |  |   |   |  |   |
| 14  | 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   |   |  |   |