



Svara på dessa frågor. Diskutera svaren med din doktor.

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever din situation	Inte alls	Mindre än 1 gång av 5	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
1. Under den senaste månaden, hur ofta har du haft en känsla av att blåsan inte har tömts helt och hållet vid vattenkastningen?	0	1	2	3	4	5
2. Under den senaste månaden, hur ofta har du varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme?	0	1	2	3	4	5
3. Under den senaste månaden, hur ofta har du haft ett avbrott i urinflödet, d v s urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång?	0	1	2	3	4	5
4. Under den senaste månaden, hur ofta har du haft svårt att vänta med att kasta vatten efter det att du känt behov av att kasta vatten?	0	1	2	3	4	5
5. Under den senaste månaden, hur ofta har du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?	0	1	2	3	4	5
6. Under den senaste månaden, hur ofta har du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång med vattenkastningen?	0	1	2	3	4	5
	Aldrig	1 gång per natt	2 ggr per natt	3 ggr per natt	4 ggr per natt	5 ggr per natt
7. Under den senaste månaden, hur ofta har du vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från det att du lägger dig på kvällen tills det att du stiger upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5
						Total poängsumma fråga 1-7 =

	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt olycklig
8. Om dina vattenkastningsbesvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle du uppleva det?							