

Datum:

**Fragebogen im Rahmen der Untersuchung zur  
Lebensqualität mit primärem Hyperparathyreoidismus**

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

*(Ihre Daten werden natürlich komplett anonymisiert aufgenommen und werden nicht an Dritte weitergegeben.)*

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

<p><b><u>Beweglichkeit/Mobilität</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe leichte Probleme herumzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Probleme herumzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe große Probleme herumzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden</li></ul>	<p><b><u>Für sich selbst sorgen</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen</li></ul>
<p><b><u>Angst/Niedergeschlagenheit</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin leicht ängstlich oder deprimiert</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin stark ängstlich oder deprimiert</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert</li></ul>	<p><b><u>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden</li></ul>
<p><b><u>Alltägliche Tätigkeiten</u></b></p> <p>(z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</li></ul>	

Bitte wenden.

Die Fragen beziehen sich auf die derzeitige Gesundheitslage. Bitte mit Ja oder Nein ankreuzen.

Leiden Sie aktuell an einer **depressiven Erkrankung**, an grundloser **Traurigkeit** oder **Stimmungsschwankungen**?

Empfinden Sie **Antriebslosigkeit**, **Erinnerungs-** oder **Konzentrationsschwierigkeiten**?

Erleben Sie gehäuft **Muskel-/Gelenk-** oder **Knochenschmerzen**?

Bemerken Sie zunehmende **körperliche Schwäche**?

Ist ein **Nierensteinleiden** zur Zeit bekannt und haben Sie darunter auch **Beschwerden**?

Leiden Sie unter **Magenschmerzen**, **Sodbrennen** oder einem **Gallensteinleiden**?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen. 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Ihre Gesundheit heute:

**Vielen Dank für Ihrer Mitarbeit!**

