

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Datum:																						
Ihr aktuelles Gewicht:	kg			kg				kg			kg				kg			kg				
2x tägl. Temperatur messen:	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C

Fragen zur Lebensqualität: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft	1. Woche				2. Woche				3. Woche			
	gar nicht	selten	mäßig	sehr/ oft	gar nicht	selten	mäßig	sehr/ oft	gar nicht	selten	mäßig	sehr/ oft
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder auf einem Sessel sitzen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen, oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tägl. Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Fragen zur Lebensqualität (Fortsetzung)	1. Woche				2. Woche				3. Woche			
	gar nicht	selten	mäßig	sehr /oft	gar nicht	selten	mäßig	sehr/ Oft	gar nicht	selten	mäßig	sehr/ oft
War Ihnen übel?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie müde?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fühlten Sie sich angespannt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Familienleben</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Zusammensein</u> oder Ihre <u>gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hat Ihr körperlicher Zustand Sie in <u>Finanzielle Schwierigkeiten</u> gebracht?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Wie viel haben Sie gehustet?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Haben Sie Blut gehustet?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie unter Ruhebedingungen kurzatmig?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Waren Sie beim Treppensteigen kurzatmig?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
War Ihr Mund oder Ihre Zunge wund?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Haarausfall?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie Schmerzen in den Armen oder Schultern?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Hatten Sie an anderen Stellen des Körpers Schmerzen? Wenn ja, wo? _____	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Haben Sie Schmerzmittel eingenommen? <b>1. Nein</b> <b>2. Ja</b> Wenn ja, wie gut hat das Schmerzmittel gewirkt?	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4