

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

31. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann (nur **eine** Angabe machen).

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **häufig** (z.B. mehrmals täglich)
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **gelegentlich** (z.B. wenige Male pro Woche)
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **niemals**

32. Auf welche **Ursache** führen Sie Ihre **Hauptschmerzen** zurück ? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- auf Krankheit
- auf Operation
- auf Unfall
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf Vererbung
- auf eine andere Ursache: _____
- für mich ist keine Ursache erkennbar

33. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre **Hauptschmerzen** auswirken. Bitte machen Sie in **jeder** Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluß	ver- stärkend
Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung (z.B. Streß, Ärger, Aufregung).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich ausruhen, hinlegen, ruhighalten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Schmerzen sind **durch nichts zu beeinflussen** stimmt nicht stimmt

34. Bitte kreuzen Sie an, welche **Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Hauptschmerzen** auftreten. Bitte machen Sie in **jeder** Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Es treten **keine Begleiterscheinungen** zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf.....

Es treten **folgende Begleiterscheinungen** auf:

	immer	häufig	gelegent- lich	nie
Übelkeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichtempfindlichkeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräuschempfindlichkeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen, wie z.B. Flimmern vor den Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwellung und / oder Rötung im Schmerzgebiet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige _____.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige _____.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Wurden Sie wegen **aller Ihrer Schmerzen** schon einmal operiert?

ja nein

Art der Operation:

Datum:

Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten):

1. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

2. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

3. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

4. _____

Tag	Monat	Jahr					

--	--

wenn **mehr als 4** Schmerzoperationen:

--	--

 mal operiert

36. Wurden bei Ihnen andere, **nicht schmerzbezogene Operationen** durchgeführt ?

ja nein

Art der Operation:

Datum:

1. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

2. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

3. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

4. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

5. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

6. _____

Tag	Monat	Jahr					

37. **Haben Sie Unfälle gehabt:**

ja nein

Wenn ja:

Datum:

1. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

2. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

3. _____

--	--	--	--	--	--	--	--

4. _____

Tag	Monat	Jahr					

38. Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie **in den letzten 6 Monaten** eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder "nach Bedarf".

Ich habe in den letzten 6 Monaten **keine Medikamente** genommen.....
Ich habe in den letzten 6 Monaten **folgende Medikamente** genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Paracetamol	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan. - März 1997

Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen ? ja nein

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern: _____

39. Wurde bei Ihnen ein **Medikamenten-Entzug** durchgeführt ? ja nein

wenn ja, wann und wo ? _____

40. Hatten Sie im **Erwachsenenalter** andere **schwerwiegende Erkrankungen** ?
Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung die genauen Angaben machen:

1. **Herzerkrankungen** (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

2. **Kreislaufferkrankungen** (z.B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

3. **Bösartige Erkrankungen / Tumoren** ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

4. **Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden (Epilepsie), Nervenleiden, Gemütererkrankungen** ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

5. **Stoffwechselerkrankungen** (z.B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

6. **Lungenerkrankungen** (z.B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

7. **Magen-Darm- und Enddarm-erkrankungen** (z.B.: Entzündungen, Geschwüre, Blutungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

8. **Harnwegserkrankungen** (Niere, Blase, Harnröhre); z. B.: Entzündungen, Steine, Blutungen, chronisches Nierenversagen ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

9. **Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallenleiden** (z.B.: Entzündungen, Steine) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

10. **Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane** ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

11. **Unverträglichkeiten, Allergien** (z.B.: Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

12. Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, gegen was: _____

42. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem **Befinden während der letzten Woche** am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten: selten = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
 manchmal = 1 bis 2 Tage lang
 öfters = 3 bis 4 Tage lang
 meistens = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...	selten	manchmal	öfters	meistens
1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... hatte ich kaum Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... kam ich mir genauso gut vor wie andere.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... war ich deprimiert / niedergeschlagen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... war alles anstrengend für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... hatte ich Angst.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... habe ich schlecht geschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... war ich fröhlich gestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... habe ich weniger geredet als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... fühlte ich mich einsam.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... habe ich das Leben genossen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... mußte ich weinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... war ich traurig.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... konnte ich mich zu nichts aufraffen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen beantwortet haben!

ADS © 1993 Hogrefe

43. **Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft** (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe mit Ehepartner/Partner
- ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern
- ich lebe mit Kindern.....
- ich lebe mit anderen Verwandten.....
- ich lebe mit Freunden/Bekanntem
- nein, ich lebe allein.....

44. Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit:

- Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r
- Umschüler/in
- Arbeiter/in.....
- Angestellte/r
- Beamter/in.....
- bin im Vorruhestand
- selbständig als _____
- Hausfrau / Hausmann.....

45. Welche **Schulbildung** haben Sie:

- keinen Abschluß
- Hauptschulabschluß
- Mittlere Reife
- Abitur
- Hochschule / Fachhochschule

46. Haben Sie eine **Berufsausbildung** ? ja nein

wenn ja, welche: _____

wenn ja, **arbeiten Sie noch in diesem Beruf** ? ja nein

Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus ?

(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit):

47. Wie schätzen Sie die **körperliche Belastung** durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

- geringe körperliche Belastung.....
- mittlere körperliche Belastung
- hohe körperliche Belastung

Die Fragen 48 bis 52 sind nur zu beantworten, wenn Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbständig sind.

48. Wer ist Ihr **Arbeitgeber**: _____

49. Ist Ihr **Arbeitsplatz** gefährdet ? ja nein

wenn ja, warum: betriebsbezogen krankheitsbedingt sonstige Gründe

50. Sind Sie zur Zeit **wegen** Ihrer Schmerzen **arbeitsunfähig** ? ja nein

wenn ja, seit wann?

Tag	Monat	Jahr

51. Wieviele Tage waren Sie **in den letzten 6 Monaten** wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig ? ca. Tage

52. Glauben Sie, daß Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können ? ja nein

53. **Falls Sie Hausfrau oder Hausmann sind:**

1. Können Sie zur Zeit **trotz Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit verrichten? ja nein

wenn nein, seit wann nicht?
Tag Monat Jahr

2. Wieviele Tage konnten Sie **in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten? ca. Tage

3. Glauben Sie, daß Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können? ja nein

54. Liegt bei Ihnen eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (MdE) bzw. ein **Grad der Behinderung** (GdB) vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt ?

MdE: nein beantragt ja wenn ja, wieviel Prozent %

GdB: nein beantragt ja wenn ja, wieviel Prozent %

55. Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt, der noch nicht entschieden ist ? ja nein

wenn ja, wegen: _____ Datum:
Tag Monat Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? ja nein

56. Beziehen Sie derzeit eine **Rente**? ja nein

wenn ja, auf Zeit endgültig seit wann: Datum:
Tag Monat Jahr

wegen:

Erreichen der Altersgrenze

Vorgezogenes Altersruhegeld

Erwerbsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit.....

BG-Rente

57. Sind Ihre Schmerzen Folge eines **Arbeitsunfalles** ? ja nein

wenn ja, wann war der Arbeitsunfall? Datum:
Tag Monat Jahr

was ist passiert: _____

58. Wie oft haben Sie **Ihren persönlichen Arzt** (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung **gewechselt** ?

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte ja nein

Ich habe meinen persönlichen Arzt mal gewechselt (bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen).

59. Wie häufig haben Sie in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärzte aufgesucht? Noch nie ca. Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt? Noch nie ca. Termine

61. Wieviele **Ärzte** haben Sie schätzungsweise **wegen Ihrer Schmerzen** insgesamt aufgesucht? keine ca.

Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

62. Wie oft wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** im **Krankenhaus** behandelt? nie mal

Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

63. Wieviele **Kuren** (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt? keine Kuren/Reha

Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Patienten-Fragebogen zum Gesundheitszustand*

* SF-36 Health Survey, Copyright^R 1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- | | | |
|---------------|--|---|
| Ausgezeichnet | | 1 |
| Sehr gut | | 2 |
| Gut | | 3 |
| Weniger gut | | 4 |
| Schlecht | | 5 |

65. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- | | | |
|---|--|---|
| Derzeit viel besser als vor einem Jahr | | 1 |
| Derzeit etwas besser als vor einem Jahr | | 2 |
| Etwa so wie vor einem Jahr | | 3 |
| Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr | | 4 |
| Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr | | 5 |

66. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf, spielen	1	2	3
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	sich baden oder anziehen	1	2	3

67. Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen)	1	2

68. Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

69. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den **vergangenen vier Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht _____ 1
- Etwas _____ 2
- Mäßig _____ 3
- Ziemlich _____ 4
- Sehr _____ 5

70. Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen vier Wochen**?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Ich hatte keine Schmerzen _____ 1
- Sehr leicht _____ 2
- Leicht _____ 3
- Mäßig _____ 4
- Stark _____ 5
- Sehr stark _____ 6

71. Inwieweit haben die **Schmerzen** Sie in den **vergangenen vier Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht _____ 1
- Ein bißchen _____ 2
- Mäßig _____ 3
- Ziemlich _____ 4
- Sehr _____ 5

72. In diesem Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen vier Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den **vergangenen vier Wochen**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a)	... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b)	... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c)	... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern könnte?	1	2	3	4	5	6
d)	... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e)	... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f)	... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g)	... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h)	... glücklich	1	2	3	4	5	6
i)	... müde?	1	2	3	4	5	6

73. Wie häufig haben Ihre **körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme** in den **vergangen vier Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Immer _____ 1
 Meistens _____ 2
 Manchmal _____ 3
 Selten _____ 4
 Nie _____ 5

74. Inwieweit trifft **jede** der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	AUSSAGEN	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b)	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c)	Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt	1	2	3	4	5
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Sofern Sie durch unsere Institution behandelt werden, werden einige dieser Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt. Zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang. Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

Einverständniserklärung

Ich bin - im Falle einer Behandlung - mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift