

# **Ihre Gesundheit** *– und –* **Ihr Wohlbefinden**

## **Fragebogen zu gewichtsbezogenen Symptomen (WRSM)**

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres  
Gesundheitszustandes und Ihres Gewichts.



***Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen!***

## **Anleitung zur Vervollständigung der Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität für Teilnehmer der Studie**

---

---

- 1) Dieser Fragebogen ist ein wichtiger Teil für Ihre ärztliche Gesamteinschätzung. Die Fragen wurden entworfen, um Informationen darüber zu sammeln, wie Ihr Gesundheitszustand Ihrer Meinung nach Ihre Lebensqualität beeinflusst hat.
- 2) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit einem Kugelschreiber aus. Drücken Sie auf und schreiben Sie deutlich, um sicher zu stellen, daß die Kopien gut lesbar sind.
- 3) Bitte nehmen Sie sich Zeit zum lesen und beantworten Sie jede Frage sorgfältig. Einige Fragen sehen ähnlich aus, doch jede Frage ist anders.
- 4) Bitte beantworten Sie jede Frage indem Sie ein ☐ in dem Kästchen machen das am besten Ihre Antwort beschreibt. Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten machen Sie einen Strich ( ☒ ) durch die Antwort die Sie ändern möchten und kreuzen ☐ Sie das Kästchen mit der richtigen Antwort an.
- 5) Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage unsicher sein, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.
- 6) Ihre Antworten sind streng vertraulich. Der Koordinator dieser Studie wird überprüfen, ob der Fragebogen komplett ausgefüllt ist. Ihre Angaben werden jedoch nicht von anderen Klinikmitarbeitern eingesehen.

## Beschwerden, die mit dem Gewicht zusammenhängen und wie sehr sie Ihnen zu schaffen machen

Bitte kreuzen ☒ Sie bei jeder der folgenden Fragen die Antwort an, die zur Zeit am besten auf Sie zutrifft.

a. Litten Sie in den letzten 30 Tagen unter den folgenden Beschwerden?			b. Wenn ja, wie sehr machten Ihnen diese Beschwerden zu schaffen?							
NEIN	JA	BESCHWERDEN	Überhaupt nicht	Kaum	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Extrem	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kälteüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Gesteigerter Durst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Größere Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Schmerzen in den Gelenken (Hüfte, Knie, usw.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Einlagern von Wasser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Probleme mit den Füßen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Hitzeüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Schnarchen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

*Bitte machen Sie auf der nächsten Seite weiter.*

(Fortsetzung)...

a. Litten Sie in den letzten 30 Tagen unter den folgenden Beschwerden?			b. Wenn ja, wie sehr machten Ihnen diese Beschwerden zu schaffen?						
NEIN	JA	BESCHWERDEN	Überhaupt nicht	Kaum	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Extrem
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Gesteigerter Appetit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Harnverlust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Schwindel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Verlust des sexuellen Verlangens	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Geringe Ausdauer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Hautreizung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

*Bitte gehen Sie die Fragen, die Sie gerade beantwortet haben, noch einmal durch und vergewissern Sie sich, dass Sie keine Frage ausgelassen haben.*

*Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen!*