

Rehab–CYCLE



Systemisch

Patienten-Nr.:

HAQ

FRAGEBOGEN ZU EINSCHRÄNKUNGEN DER LEBENSQUALITÄT DURCH IHRE KRANKHEIT

Datum: 200.. ☐ weiblich, ☐ männlich Jahrgang:

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN

Die Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch Ihre Krankheit.

Ihre Angaben sind dem Arztgeheimnis unterstellt!

• Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt (☒).				
	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit grossen Schwierigkeiten	unmöglich
Ankleiden und Körperpflege Können Sie sich selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden? Ihre Haare waschen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufstehen Können Sie von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen? ins Bett gehen und aufstehen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Essen Können Sie das Fleisch mit dem Messer schneiden? ein gefülltes Glas zum Munde führen? einen Milchkarton (Tetrapack) öffnen?	<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"/>
Gehen Können Sie auf ebener Strasse gehen? Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- Bitte kreuzen Sie die **Hilfsmittel** an, die Sie gewöhnlich für diese Tätigkeiten gebrauchen (☒):

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Ankleiden (langer Schuhlöffel, Knöpfer, Strumpfanzieher usw.)
<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Spezialstuhl
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Andere (welche):

- Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich **Hilfe einer anderen Person** benötigen (☒):

<input type="checkbox"/> Ankleiden, Körperpflege	<input type="checkbox"/> Essen
<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Gehen

- Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in der vergangenen Woche **beschreibt** (☒).

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit grossen Schwierigkeiten	unmöglich
Körperpflege				
Können Sie sich ganz waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Vollbad nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf die Toilette gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben				
Können Sie einen 2 kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Fussboden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greifen und Öffnen				
Können Sie eine Autotüre öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Konfitürenglas öffnen, welches schon einmal offen war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Wasserhahn auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten				
Können Sie einkaufen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in ein Auto ein- und aussteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsarbeiten (z.B. Staubsaugen) oder Gartenarbeiten verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bitte kreuzen Sie die **Hilfsmittel** an, die Sie gewöhnlich für diese Tätigkeiten benötigen (☒):

☐ Toiletten-Sitzerhöhung

☐ Schraubendeckelöffner

☐ Sitz für Badewanne

☐ Hilfsmittel zum Greifen (z. B. Greifzange, Schlüsselgriffe)

- Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich **Hilfe einer anderen Person** benötigen (☒):

☐ Körperpflege

☐ Heben

☐ Greifen und Öffnen

☐ Einkaufen oder Haushaltsarbeiten

SF36 Standard

FRAGEBOGEN ZU IHREM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Ihre Antworten ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

ANLEITUNG FÜR PATIENTEN / PATIENTINNEN

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

1. 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

2. 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

3. 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 Treppen steigen	1	2	3
e) eine Treppe 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

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 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

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 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

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht 1
Etwas 2
Mässig 3
Ziemlich 4
Sehr 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 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

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten 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

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 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 4 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 auf- heitern konnte?	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

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 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

11. 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 genau so 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

HADS-D

Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen

Man weiss heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Die folgenden Fragen beziehen sich ausdrücklich auf **Ihre allgemeine seelische Verfassung**. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz (☒) pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie dabei nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

<p>1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> oft</p> <p><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>2. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>3. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr</p> <p><input type="checkbox"/> nur noch wenig</p> <p><input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>	<p>4. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p>
<p>5. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark</p> <p><input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark</p> <p><input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>6. Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren</p> <p><input type="checkbox"/> ja, stimmt genau</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte</p> <p><input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>7. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> nicht immer ganz so viel</p> <p><input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>8. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> nicht sehr</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>

9. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ einen Grossteil der Zeit
- ☐ verhältnismässig oft
- ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht oft
- ☐ nur gelegentlich / nie

10. Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ ja, sehr
- ☐ eher weniger als früher
- ☐ viel weniger als früher
- ☐ kaum bis gar nicht

11. Ich fühle mich glücklich

- ☐ überhaupt nicht
- ☐ selten
- ☐ manchmal
- ☐ meistens

12. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ ziemlich oft
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ überhaupt nicht

13. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ ja, natürlich
- ☐ gewöhnlich schon
- ☐ nicht oft
- ☐ überhaupt nicht

14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ eher selten
- ☐ sehr selten

SOC-13

Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Geben Sie bitte immer nur eine Antwort pro Frage. Schreiben Sie dazu ein X in das zutreffende Kästchen.

Bitte beachten Sie:

Je weiter **rechts** Sie ein Kästchen ankreuzen, um so **mehr** trifft die Antwort **rechts** zu, je weiter **links** Sie ein Kästchen ankreuzen, um so **mehr** trifft die Antwort **links** zu.

1. Kommt es vor, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

Sehr selten oder nie

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

 Sehr oft

2. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

Das ist nie passiert

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

 Das ist immer wieder passiert

3. Wurden Sie schon von Menschen enttäuscht, auf die Sie gezählt hatten?

Das ist nie passiert

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

 Das ist immer wieder passiert

4. Bis jetzt hatte Ihr Leben.....

überhaupt keine klaren

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

 sehr klare Ziele
Ziele oder Vorsätze oder Vorsätze

5. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

Sehr oft

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

 Sehr selten oder nie

6. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

Sehr oft

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

 Sehr selten oder nie

7. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle

tiefer Freude von Schmerz
und Zufriedenheit und Langeweile

8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

Sehr oft Sehr selten oder nie

9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich spüren, die Sie lieber nicht hätten?

Sehr oft Sehr selten oder nie

10. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Versager („Pechvogel“). Wie oft haben Sie sich so gefühlt?

Nie Sehr oft

11. Wenn etwas passierte, hatten Sie im allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten richtig einschätzten

12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, eigentlich wenig Sinn haben?

Sehr oft Sehr selten oder nie

13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie unter Kontrolle halten können?

Sehr oft Sehr selten oder nie

**Bitte kontrollieren Sie kurz, ob alle Fragen beantwortet sind.
Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.**

Institut für Physikalische Medizin