

Patient

Datum: _____

Datum der Operation: _____

Fragebogen Lebensqualität

Im folgenden Fragebogen werden Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit und zur Lebensqualität gestellt.

Sie sollen dabei nur die **letzte Woche** in Betracht ziehen.

Zu jeder Frage steht Ihnen eine Auswahl an Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Bitte wählen Sie jeweils nur **eine** Antwortmöglichkeit aus.

1 Schmerz

- Ich habe keine Schmerzen.
- Ich habe geringe Schmerzen - benötige jedoch keine Schmerzmittel.
- Ich habe mäßige Schmerzen - benötige schwache Schmerzmittel (z.B. Paracetamol).
- Ich habe starke Schmerzen - benötige starke Schmerzmittel (z.B. Morphinum).
- Ich habe starke Schmerzen - nicht kontrollierbar durch Schmerzmittel.

2 Aussehen

- Es gibt keine Änderung bzgl. meines Aussehen.
- Mein Aussehen hat sich geringfügig verändert.
- Mein Aussehen stört mich, ich bleibe jedoch aktiv.
- Ich komme mir deutlich entstellt vor und beschränke meine Aktivitäten wegen des Aussehens.
- Ich kann nicht mit Menschen zusammen sein wegen meines Aussehens.

3 Aktivität

- Ich bin so aktiv wie immer.
- Es gibt Momente wenn ich nicht meinen alten Elan habe, aber nicht oft.
- Ich bin oft müde und habe meine Aktivitäten reduziert, wenngleich ich immer noch ausgehe.
- Ich gehe nicht aus weil ich nicht genug Kraft habe.
- Ich bin gewöhnlich im Bett oder sitze im Stuhl und verlasse nicht die Wohnung.

4 Erholung

- Es gibt keine Einschränkungen bzgl. Erholung zu Hause oder anderswo.
- Es gibt einige Dinge, die ich nicht machen kann, dennoch gehe ich aus und genieße das Leben.
- Oftmals wünsche ich mir, ich könnte mehr ausgehen, aber ich schaffe es nicht.
- Es gibt sehr starke Einschränkungen bzgl. Freizeitaktivitäten, meistens bleibe ich zu Hause.
- Ich kann nichts machen, was mir Spaß machen würde.

5 Schlucken

- Ich kann so gut schlucken wie immer.
- Ich kann bestimmte feste Nahrung nicht schlucken.
- Ich kann nur flüssige Nahrung schlucken.
- Ich kann nicht schlucken weil es den "falschen Weg geht" und ich mich verschlucke.

6 Kauen

- Ich kann so gut kauen wie immer.
- Ich kann weiche Kost zu mir nehmen, aber keine feste Nahrung kauen.
- Ich kann nicht einmal weiche Kost zu mir nehmen.

7 Sprache

- Meine Sprache ist die gleiche wie immer.
- Ich habe Probleme bestimmte Wörter auszusprechen, werde aber am Telefon verstanden.
- Nur meine Familie und Freunde können mich verstehen.
- Ich werde nicht verstanden.

8 Schulter

- Ich habe keine Probleme mit meiner Schulter.
- Meine Schulter ist steif aber es hat keinen Einfluß auf meine Aktivität und Stärke.
- Schmerz und Schwäche in meiner Schulter hat mich gezwungen, Beruf und Hobbies zu ändern.
- Ich kann nicht arbeiten oder meine Hobbies ausüben wegen Schmerzen in meiner Schulter.

9 Geschmack

- Ich kann Nahrung normal schmecken.
- Ich kann Nahrung meistens normal schmecken.
- Ich kann nur bestimmte Nahrung schmecken.
- Ich kann keine Nahrung schmecken.

10 Speichel

- Mein Speichel hat eine normale Beschaffenheit.
- Ich habe weniger Speichel als normal, aber es ist ausreichend.
- Ich habe zu wenig Speichel.
- Ich habe keinen Speichel.

11 Stimmung

- Meine Laune ist exzellent und unbeeinflusst durch meinen Tumor.
- Meine Laune ist allgemein gut and nur gelegentlich beeinflusst durch meinen Tumor.
- Ich bin weder in guter Laune noch depressiv wegen des Tumors.
- Ich bin etwas depressiv wegen meines Tumors.
- Ich bin sehr depressiv wegen meines Tumors.

12 Angst

- Ich habe keine Angst wegen meines Tumors.
- Ich habe ein wenig Angst wegen meines Tumors.
- Ich habe große Angst wegen meines Tumors.
- Ich habe sehr große Angst wegen meines Tumors.

13 Beschäftigung

- Ich arbeite Vollzeit.
- Ich arbeite Teilzeit, habe aber eine feste Arbeit.
- Ich arbeite nur gelegentlich.
- Ich bin im Ruhestand - der Ruhestand steht in keinem Zusammenhang mit der Tumorbehandlung.
- Ich bin im Ruhestand wegen der Tumorbehandlung.
- Ich bin arbeitslos.

Welche der folgenden Punkte waren während der letzten Woche für Sie am wichtigsten?

Wählen Sie bis zu 3 Punkte!

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Schmerz |
| <input type="checkbox"/> 2 | Aussehen |
| <input type="checkbox"/> 3 | Aktivität |
| <input type="checkbox"/> 4 | Erholung |
| <input type="checkbox"/> 5 | Schlucken |
| <input type="checkbox"/> 6 | Kauen |
| <input type="checkbox"/> 7 | Sprache |
| <input type="checkbox"/> 8 | Schulter |
| <input type="checkbox"/> 9 | Geschmack |
| <input type="checkbox"/> 10 | Speichel |
| <input type="checkbox"/> 11 | Stimmung |
| <input type="checkbox"/> 12 | Angst |
| <input type="checkbox"/> 13 | Beschäftigung |

Generelle Fragen:

Wie geht es Ihnen jetzt verglichen mit **den Monaten** vor der Krebserkrankung? (Eine Antwort)

- Viel besser
- Etwas besser
- Ungefähr das gleiche
- Etwas schlechter
- Viel schlechter

Wie beurteilen Sie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität während der letzten 7 Tage?

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Zufriedenstellen
- Schlecht
- Sehr schlecht

Wie beurteilen Sie ihre gesamte Lebensqualität (Gesundheit, Familie, Beruf, Freunde) während der letzten 7 Tage?

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Zufriedenstellend
- Schlecht
- Sehr schlecht

Bei Bedarf beschreiben Sie bitte weitere Punkte, die sie in Ihrer Lebensqualität beeinflussen und im Fragebogen nicht erwähnt wurden: