

Instruktionen: Diese Befragung ist an gesundheitlichen Problemen interessiert, die Sie in den letzten drei Tagen erlebt haben, nicht aber am heutigen Tage. Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie den entsprechenden Kreis mit blauer oder schwarzer Tinte/Kugelschreiber ausfüllen. Bitte machen Sie keine Kreuze und benutzen Sie keine Filzstifte. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Datum: _____

Teil I. Akute und chronische Symptome

1. Bitte geben sie an, ob Sie momentan die folgenden Krankheitssymptome oder Probleme haben.

Sind Sie/Haben Sie.....

- A. Blind oder stark sehbehindert auf beiden Augen?..Ja Nein
Blind oder stark sehbehindert auf einem Auge?... Ja Nein
- B. Sprachprobleme, beispielsweise Stottern oder die Unfähigkeit deutlich zu sprechen?..... Ja Nein
- C. Fehlende oder gelähmte Hände, Füße, Arme oder Beine?..... Ja Nein
Fehlende oder gelähmte Finger oder Zehen?.....Ja Nein
- D. Irgendeine Deformität im Gesicht, in den Fingern, in Hand oder Arm, Fuß oder Bein, oder des Rückens (z.B. schwere Skoliose)?.....Ja Nein
- E. Generelle Erschöpftheit, Müdigkeit oder Schwäche?..... Ja Nein
- F. Ein Problem mit unerwünschter Gewichtszu- oder Abnahme?.....Ja Nein
- G. Ein Problem mit Unter- oder Übergewicht?.....Ja Nein
- H. Probleme Ihr Essen ausreichend zu kauen?..... Ja Nein
- I. Hörverlust oder Taubheit?..... Ja Nein
- J. Irgendwelche auffälligen Hautprobleme, z.B. schwere Akne oder schwere Verbrennungen oder Narben im Gesicht, auf Ihrem Körper oder auf Ihren Armen oder Beinen?.....Ja Nein
- K. Ekzema, oder einen brennenden/juckenden Hautausschlag?..... Ja Nein

Welche der folgenden Gesundheitshilfen haben oder gebrauchen Sie?

- Zahnprothese?..... Ja Nein
- Sauerstoffgerät?..... Ja Nein
- Prothese?..... Ja Nein
- Brille oder Kontaktlinsen?..... Ja Nein
- Hörgerät?..... Ja Nein
- Vergrößerungsglas?..... Ja Nein
- Hals-, Rücken- oder Beinstütze?..... Ja Nein

2. Für die folgende Liste von Problemen geben Sie bitte an, an welchen der letzten drei Tage, nicht aber am heutigen Tage, Sie dieses Problem hatten. Wenn Sie das Symptom in den vergangenen drei Tagen nicht hatten, lassen Sie diese Frage nicht aus, sondern markieren Sie 'An keinem Tag'. Wenn Sie das Symptom in den vergangenen drei Tagen hatten, geben Sie bitte an, an welchen Tagen Sie es hatten. Wenn Sie das Symptom an mehreren Tagen hatten, markieren Sie alle Tage, an denen es auftrat. Bitte lassen Sie keine Frage unbeantwortet.

Beispiel: Wenn Sie gestern und vorgestern Kopfschmerzen hatten: Kopfschmerzen?.....

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Hatten Sie..... (geben Sie bitte alle Tage an die zutreffen)

- A. Probleme mit Ihrem Sehvermögen, welche nicht mit Brille oder Kontaktlinsen korrigiert wurden (z.B. doppelt sehen, verzerrt sehen, Blitze oder schwimmende Punkte)?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen

Hatten Sie..... (geben Sie bitte alle Tage an die zutreffen)

- B. Irgendwelche Schmerzen im Auge, Augenirritation, Flüssigkeitsaustritt oder übermäßige Lichtempfindlichkeit?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- C. Kopfschmerzen?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- D. Schwindel, Ohrenscherzen, oder Ohrensausen?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- E. Hörschwierigkeiten, Flüssigkeits- oder Blutaustritt aus einem Ohr?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- F. Eine verschnupfte oder laufende Nase, oder Nasenbluten?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- G. Halsschmerzen, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Heiserkeit?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- H. Zahn- oder Kieferschmerzen?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- I. Schmerzhaft oder blutige Lippen, Zunge oder Zahnfleisch?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- J. Husten oder Keuchen?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- K. Kurzatmigkeit oder Atemschwierigkeiten?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- L. Brustschmerzen, Druck, Herzklopfen, schnellen oder unregelmäßigen Herzschlag, oder anderes Unwohlsein in der Brustgegend?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- M. Magenverstimmung, Bauchschmerzen, Übelkeit, Sodbrennen, oder mußten Sie sich übergeben?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- N. Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang, Durchfall, Verstopfung, rektale Blutungen, schwarzen teerartigen Stuhlgang, oder andere rektale Schmerzen oder Unwohlsein?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- O. Schmerzen, Brennen, oder Blut im Urin?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- P. Kontrollverlust über Blasenfunktion, häufiges Wasser lassen während der Nacht, oder Schwierigkeiten beim Wasser lassen?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen
- Q. Genitale Schmerzen, Jucken, Brennen, Krämpfe im Becken, ungewöhnlichen Ausfluß, oder ungewöhnliche Blutungen (Menstruationsblutungen sind hier nicht einbezogen)?
 An keinem Tag OGestern OVor 2 Tagen OVor 3 Tagen

Hatten Sie..... (geben Sie bitte alle Tage an die zutreffen)

R. Einen gebrochenen Arm, Handgelenk, Fuß, Bein oder andere gebrochene Knochen (außer im Rückens)?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

S. Schmerzen, Steifheit, Krämpfe, Schwäche oder Taubheit im Nacken oder Rücken?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

T. Schmerzen, Steifheit, Krämpfe, Schwäche oder Taubheit in den Hüften oder Seiten?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

U. Schmerzen, Steifheit, Krämpfe, Schwäche oder Taubheit in irgendwelchen Gelenken oder Muskeln der Hände, Füße, Arme oder Beine?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

V. Geschwollene Knöchel, Hände, Füße oder Bauch?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

W. Fieber, Schüttelfrost, oder Schweißausbrüche?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

X. Bewußtseinsverlust, Ohnmacht oder Anfälle?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

Y. Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht, Stehen oder Gehen/Laufen?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

3. Bei den folgenden Symptomen geht es um Ihre Gefühle, Gedanken und Ihre Verhaltensweisen. Bitte markieren Sie die Tage der letzten drei Tage, aber nicht den heutigen Tag, wo diese Probleme auftraten.

A. Schwierigkeiten mit dem Einschlafen oder Durchschlafen?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

B. Momente/Zeiten der Nervosität oder Zitterigkeit?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

C. Momente/Zeiten von Aufgewühltheit, Niedergeschlagenheit, oder Melancholie?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

D. Exzessive Sorgen oder Ängste?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

E. Gefühl daß Sie wenig oder keine Kontrolle über Ereignisse in Ihrem Leben haben?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

F. Gefühl der Einsamkeit oder Isolation?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

G. Gefühl der Frustration, Irritation, oder nahe dran Wutanfall zu bekommen?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

H. Einen Katzenjammer (Kater)?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

Frage 3, Fortsetzung....

I. Verringerteres sexuelles Interesse oder verringerte sexuelle Leistung?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

J. Verwirrtheit, Schwierigkeiten das geschriebene oder gesprochene Wort zu verstehen, oder erhebliche Gedächtnislücken?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

K. Gedanken oder Vorstellungen die Ihnen nicht aus dem Sinn gingen?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

L. Einnahme von Medikamenten (z.B., Medikamente gegen Asthma, Insulin, Hormone, Estrogen, Schilddrüsenhormone, Prednisone) inklusive solche, die nicht rezeptpflichtig sind (z.B., Aspirin, Ben-u-ron)?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

M. Eine medizinisch verordnete Diät aus gesundheitlichen Gründen befolgen mußten?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

N. Appetitverlust oder zuviel gegessen?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

4. Hatten Sie in den letzten 3 Tagen irgendwelche Symptome, Gesundheitsprobleme oder Schmerzen, die nicht erwähnt wurden?

OJa ONein

Wenn 'Ja', um welche Symptome handelte es sich dabei und an welchen Tagen traten Sie auf?

Symptome

Tage

A. _____

B. _____

Teil II Selbst-Versorgung

5. Während der letzten 3 Tage (Bitte geben Sie alle Tage an, die zutreffen)

A. Waren Sie zu irgendeiner Zeit, tagsüber oder während der Nacht, als Patient in einem Krankenhaus, Pflegeheim, oder Rehabilitationszentrum?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

B. Brauchten Sie wegen einer Beeinträchtigung oder einem Gesundheitsproblem Hilfe mit Ihrer persönlichen Pflege, z.B. beim Essen, Anziehen, Baden oder beim Herumlaufen in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

Teil III Beweglichkeit

6. Während der letzten 3 Tage (Bitte geben Sie alle Tage an, die zutreffen)

A. An welchen Tagen fuhren Sie ein motorisiertes Fahrzeug?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

B. An welchen Tagen haben Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzt, z.B. Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Behindertentransport, Zug oder Flugzeug?

OAn keinem Tag O Gestern O Vor 2 Tagen O Vor 3 Tagen

Teil III, Fortsetzung...

C. An welchen Tagen konnten Sie aus gesundheitlichen Gründen kein motorisiertes Fahrzeug fahren oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen oder brauchten dafür die Hilfe anderer?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Teil IV Körperliche Aktivität

7. Während der letzten 3 Tage..... (Bitte geben Sie alle Tage an, die zutreffen)

A. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Treppensteigen, mit Steigungen, oder beim Heruntersteigen vom Bürgersteig?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

B. Haben Sie es vermieden, zu Gehen/Laufen, hatten Sie Schwierigkeiten beim Gehen/Laufen oder gingen/liefen Sie langsamer als andere gleichaltrige Personen?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

C. Mußten Sie hinken oder mußten Sie einen Stock, Krücken, oder einen Gehwagen benutzen?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

D. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Bücken oder Knien, oder haben Sie diese Bewegungen vermieden?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

E. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Hochheben oder Tragen von Alltagsgegenständen, wie Bücher, Aktentasche oder Einkaufstaschen?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

F. Hatten Sie andere Einschränkungen in Ihrer Beweglichkeit?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

G. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den größten Teil des Tages, oder den gesamten Tag im Bett, auf einem Sessel, oder auf dem Sofa verbracht?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

H. Haben Sie den größten Teil des Tages, oder den gesamten Tag in einem Rollstuhl verbracht?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Wenn Sie in einem Rollstuhl waren, an welchen Tagen kontrollierte eine andere Person dessen Bewegung?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Teil V Gewöhnliche Aktivitäten

8. Während der letzten 3 Tage..... (Bitte geben Sie alle Tage an, die zutreffen)

A. Haben Sie bedingt durch körperliche oder emotionale Beschwerden Ihre gewöhnlichen Tätigkeiten wie Arbeit, Schule oder Hausarbeit vermieden oder waren Sie in diesen Tätigkeiten eingeschränkt oder brauchten Hilfe?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Teil V, Fortsetzung...

B. An welchen Tagen vermieden Sie oder fühlten Sie sich eingeschränkt, aufgrund körperlichen oder emotionalen Beschwerden, Ihren gewöhnlichen Tätigkeiten nachzugehen, beispielsweise Familie oder Freunde zu besuchen, Hobbies nachgehen, Einkaufen gehen, Freizeit oder religiöse Aktivitäten ausführen?

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

C. An welchen Tagen mußten Sie irgendwelche Ihrer Pläne oder Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen ändern? (Berücksichtigen Sie nur die Aktivitäten, die Sie nicht schon in den letzten zwei Fragen angegeben haben.)

An keinem Tag Gestern Vor 2 Tagen Vor 3 Tagen

Bitte beschreiben Sie alle Einschränkungen:

9a. Wie würden Sie Ihre Gesundheit einschätzen?

Ausgezeichnet Sehr Gut Gut Mäßig Schlecht

9b. Verglichen mit vor einem Jahr, wie würden Sie jetzt Ihren generellen Gesundheitszustand einschätzen:

Viel besser als vor einem Jahr

Etwas besser als vor einem Jahr

Ungefähr gleich wie vor einem Jahr

Etwas schlechter als vor einem Jahr

Viel schlechter als vor einem Jahr

9c. Stellen Sie sich eine Skala von 0 bis 100 vor, wobei Null den am wenigsten wünschenswerten Gesundheitszustand darstellt, den Sie sich vorstellen können und 100 einem einwandfreien Gesundheitszustand entspricht. Welche Zahl, von 0 bis 100, würden Sie Ihrem Gesundheitszustand im Durchschnitt für die vergangenen 3 Tage zuordnen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

10. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Geschlecht: Männlich

Weiblich

Alter: _____

Muttersprache: _____

Geburtsort: _____

Geburtsort der Eltern: _____

Welcher der folgenden Punkte beschreibt am besten Ihre Bildung? (Mehrfachnennung möglich)

Kein Schulabschluß

Hauptschulabschluß

Realschulabschluß

Fachabitur

Abitur

Abgeschlossene Lehre/Berufsausbildung

Studium abgebrochen

Fachhochschulabschluß oder Abschluß an einer

Oberufsakademie

Universitätsabschluß (Diplom, Magister)

Promotion

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.