



Gesundheitsfragebogen

Deutsche Version für Deutschland

UNTERSUCHUNGSDATUM: _____

NAME: _____ VORNAME: _____

PATIENTENNUMMER: _____ GEBURTSTAG: _____

UNTERSUCHUNGSINTERVALL

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vor Eingriff | <input type="checkbox"/> 3 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 10 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 6 Wochen nach Operation | <input type="checkbox"/> 4 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 11 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 3 Monate nach Operation | <input type="checkbox"/> 5 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 12 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate nach Operation | <input type="checkbox"/> 6 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 13 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 9 Monate nach Operation | <input type="checkbox"/> 7 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 14 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 1 Jahr nach Operation | <input type="checkbox"/> 8 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 15 Jahre nach Operation |
| <input type="checkbox"/> 2 Jahre nach Operation | <input type="checkbox"/> 9 Jahre nach Operation | |

Anleitung

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme herumzugehen | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe einige Probleme herumzugehen | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin ans Bett gebunden | <input type="checkbox"/> |

Für sich selbst sorgen

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | <input type="checkbox"/> |

Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | <input type="checkbox"/> |

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> |

Angst/Niedergeschlagenheit

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert

Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert

Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

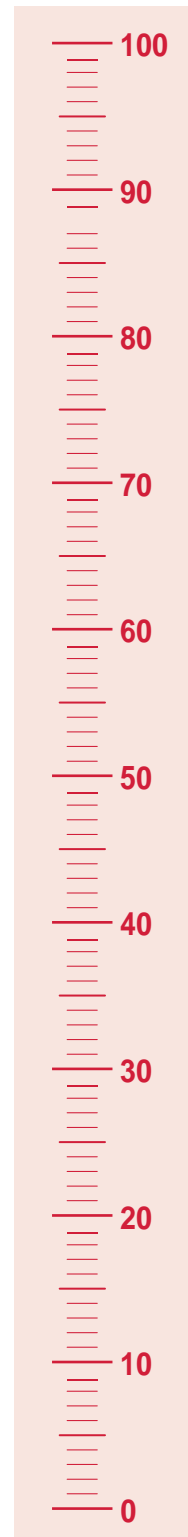
☐☐☐

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger
Gesundheitszustand**

Best denkbarer
Gesundheitszustand



Schlechtest denkbarer
Gesundheitszustand