



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte tragen Sie Ihre erste Initial ein:

Ihr Geburtstag (Tag, Monat, Jahr):

Das heutige Datum (Tag, Monat, Jahr):

	Überhaupt			
	nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	1	2	3	4
2. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen?	1	2	3	4
4. Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	1	2	3	4
5. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4

Während der letzten Woche:

	Überhaupt			
	nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
6. Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
8. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4

Bitte wenden

Während der letzten Woche:

Überhaupt

	nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
16. Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4
17. Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4
18. Waren Sie müde?	1	2	3	4
19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	1	2	3	4
20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen?	1	2	3	4
21. Fühlten Sie sich angespannt?	1	2	3	4
22. Haben Sie sich Sorgen gemacht?	1	2	3	4
23. Waren Sie reizbar?	1	2	3	4
24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	1	2	3	4
25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	1	2	3	4
26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Familienleben</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen <u>mit anderen Menschen</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	1	2	3	4

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft

29. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet

30. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet



EORTC QLO – CX24

Patientinnen berichten manchmal die nachfolgend beschriebenen Symptome oder Probleme.
Bitte beschreiben Sie, wie stark Sie diese Symptome oder Probleme empfunden haben.

Während der letzten Woche:

	Überhaupt			
	nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
31. Hatten Sie Bauchkrämpfe?	1	2	3	4
32. Hatten Sie Schwierigkeiten, den Stuhl zu halten?	1	2	3	4
33. Hatten Sie Blut im Stuhl?	1	2	3	4
34. Mussten Sie häufig Wasser lassen?	1	2	3	4
35. Hatten Sie ein Brennen oder Schmerzen beim Wasser lassen?	1	2	3	4
36. Hatten Sie Harnverlust oder Blasenschwäche?	1	2	3	4
37. Hatten Sie Schwierigkeiten, Ihre Blase zu entleeren?	1	2	3	4
38. Hatten Sie Schwellungen in einem oder beiden Beinen?	1	2	3	4
39. Hatten Sie Schmerzen im Unterleib?	1	2	3	4
40. Hatten Sie Kribbeln/Taubheit und/oder ein vermindertes Gefühl in Ihren Händen oder Füßen?	1	2	3	4
41. Hatten Sie ein gereiztes oder schmerzhaftes Gefühl in der Scheide oder an den Schamlippen?	1	2	3	4
42. Hatten Sie Ausfluss aus der Scheide?	1	2	3	4
43. Hatten Sie krankheitsbedingte Blutungen aus der Scheide?	1	2	3	4
44. Hatten Sie Hitzewallungen und/oder Schweißausbrüche?	1	2	3	4
45. Fühlten Sie sich als Folge Ihrer Erkrankung oder Behandlung körperlich weniger anziehend?	1	2	3	4
46. Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung weniger weiblich?	1	2	3	4
47. Waren Sie mit Ihrem Körper unzufrieden?	1	2	3	4

Bitte wenden

Während der letzten vier Wochen:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
48. Hatten Sie Sorge, dass der Geschlechtsverkehr schmerzhaft sein könnte?	1	2	3	4
49. Waren Sie sexuell aktiv?	1	2	3	4

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie während der letzten vier Wochen sexuell aktiv waren:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
50. Hatten Sie eine trockene Scheide bei sexuellen Aktivitäten?	1	2	3	4
51. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide verkürzt hat?	1	2	3	4
52. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide verengt hat?	1	2	3	4
53. Hatten Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei anderen sexuellen Aktivitäten?	1	2	3	4
54. Empfanden Sie sexuelle Aktivitäten als angenehm?	1	2	3	4

EORTC QLO - OV28 (subscale)

Während der letzten Woche:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
55. Hatten Sie ein aufgeblähtes Gefühl in Ihrem Bauch/Magen?	1	2	3	4
56. Wurden Sie durch abgehende Winde belastet??	1	2	3	4
57. Hatten Sie Haarausfall?	1	2	3	4
58. Nur bei Haarausfall ausfüllen:Hat Sie der Haarausfall belastet??	1	2	3	4
59. War Ihr Geschmackempfinden beim Essen oder Trinken verändert?	1	2	3	4
60. Hatten Sie kribbelnde Hände oder Füße?	1	2	3	4
61. Hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Ihren Fingern und Zehen?	1	2	3	4
62. Fühlten Sie sich in Ihren Armen und Beinen schwach?	1	2	3	4
63. Hatten Sie Muskel- und Gelenkschmerzen?	1	2	3	4
64. Hatten Sie Hörprobleme?	1	2	3	4