

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT IN DER PORTEC-4a STUDIE



EORTC QLQ-C30 (Version 3)

Studie nummer |_|_|_|

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

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 längeren Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze 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

Bitte Wenden

Während der letzten Woche:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4
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 Zeitungslesen oder 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 <u>Zusammensein</u> oder Ihre <u>gemeinsamen Unternehmungen 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 kreisen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 ein, 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 QLQ – EN24

Studie nummer |_|_|_|

Patientinnen klagen oft über die folgenden Symptome und Probleme. Geben Sie bitte an, in welchem Umfang diese Symptome und Probleme bei Ihnen aufgetreten sind.

Während der letzten Woche:	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
31. Hatten Sie Schwellungen in einem oder beiden Beinen)?	1	2	3	4
32. Hatten Sie ein Schweregefühl in einem oder beiden Beinen?	1	2	3	4
33. Hatten Sie Kreuz- oder Beckenschmerzen?	1	2	3	4
34. Wenn Sie Harndrang verspürten, mussten Sie sich dann beeilen, auf die Toilette zu kommen?	1	2	3	4
35. Mussten Sie häufig Wasser lassen?	1	2	3	4
36. Hatten Sie Harnverlust oder Blasenschwäche?	1	2	3	4
37. Hatten Sie ein Brennen oder Schmerzen beim Wasser lassen?	1	2	3	4
38. Wenn Sie Stuhldrang verspürten, mussten Sie sich dann beeilen, auf die Toilette zu kommen?	1	2	3	4
39. Kam es bei Ihnen zu unkontrolliertem Stuhlgang?	1	2	3	4
40. Wurden Sie durch abgehende Winde belastet?	1	2	3	4
41. Hatten Sie Bauchkrämpfe?	1	2	3	4
42. Fühlte sich Ihr Bauch aufgebläht an?	1	2	3	4
43. Hatten Sie Kribbeln/Taubheit in Ihren Händen und Füßen?	1	2	3	4
44. Hatten Sie Schmerzen in Ihren Muskeln oder Gelenken?	1	2	3	4
45. Hatten Sie Haarausfall?	1	2	3	4
46. War Ihr Geschmacksempfinden beim Essen oder Trinken verändert?	1	2	3	4
47. Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung körperlich weniger anziehend?	1	2	3	4

Bitte Wenden

Während der letzten Woche:		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
48.	Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung weniger weiblich?	1	2	3	4
49.	Haben Sie momentan einen Partner? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				

Während der letzten drei Monaten:		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
50.	Wie stark war Ihr sexuelles Interesse?	1	2	3	4
51.	Wie häufig waren Sie sexuell aktiv?	1	2	3	4
52.	Wenn Sie während die letzte 3 Monaten nicht sexuell aktiv waren, kreuzen Sie bitte den Grund hier an: <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Partner (mehr) <input type="checkbox"/> In unserer Beziehung ist sexualität nicht (mehr) wichtig <input type="checkbox"/> Medizinische Gründe bei meinem Partner <input type="checkbox"/> Wegen meiner Erkrankung oder Behandlung				

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur, wenn Sie während der vergangenen 3 Monaten sexuell aktiv waren:

53.	Hatten Sie eine trockene Scheide bei sexuellen Aktivitäten?	1	2	3	4
54.	Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Scheide verkürzt oder verengt hat?	1	2	3	4
55.	Hatten Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei anderen sexuellen Aktivitäten?	1	2	3	4
56.	Empfanden Sie sexuelle Aktivitäten als angenehm?	1	2	3	4