EuroQol EQ-5D — Patientenfragebogen

Anweisungen

- *Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.*
- *Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.*
- *Felder sind komplett auszufüllen.*

Fragetypen

- ( ) *nur 1 Antwort erlaubt*
- [ ] *mehrere Antworten erlaubt*

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Vorname	Geschlecht
Strasse		Pat.-Nr.
Postleitzahl	Wohnort	
Beruf	Geburtstag (TT.MM.JJJJ)	Telefon

Gesundheit

Untersuchungsdatum

Tag (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)

Monat (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) **Jahr** (04) (05) (06) (07) (08) (09) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16)

Untersuchungszeitpunkt (nach Eingriff)

- ( ) vor Eingriff
- ( ) 6 Wochen
- ( ) 3 Monate
- ( ) 6 Monate
- ( ) 9 Monate
- ( ) 1 Jahr
- ( ) 2 Jahre
- ( ) 3 Jahre
- ( ) 4 Jahre
- ( ) 5 Jahre
- ( ) 6 Jahre
- ( ) 7 Jahre
- ( ) 8 Jahre
- ( ) 9 Jahre
- ( ) 10 Jahre
- ( ) 11 Jahre
- ( ) 12 Jahre
- ( ) 13 Jahre
- ( ) 14 Jahre
- ( ) 15 Jahre
- ( ) > 15 Jahre .....

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben:

Beweglichkeit/ Mobilität

- ( ) ich habe keine Probleme herumzugehen
- ( ) ich habe einige Probleme herumzugehen
- ( ) ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- ( ) ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- ( ) ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- ( ) ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten

- ( ) ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ( ) ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ( ) ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/ körperliche Beschwerden

- ( ) ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- ( ) ich habe einige Schmerzen oder Beschwerden
- ( ) ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/ Niedergeschlagenheit

- ( ) ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- ( ) ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- ( ) ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Visuelle Analogskala (VAS) zum Gesundheitszustand

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die Ihren Gesundheitszustand am besten beschreibt.

Schlechtest denkbarer Gesundheitszustand ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) **Best denkbarer Gesundheitszustand**

Copyright MEMdoc, 2002-2005 All rights reserved
25.04.06