



THERAPIESTUDIEN DER AKUTEN LYMPHATISCHEN LEUKÄMIE DES ERWACHSENEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Sie haben sich dazu bereiterklärt, diesen Fragebogen auszufüllen, um sich damit an unserer Befragung bezüglich:

Lebensqualität bei Elderly ALL-Patienten

zu beteiligen.

Dafür möchten wir uns zunächst ganz herzlich bedanken!

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, könnten Ihnen folgende Hinweise nützlich sein:

- Suchen Sie sich einen ruhigen Platz zum Ausfüllen.
- Sollte Ihnen die Beantwortung einiger Fragen schwer fallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft. Es ist uns eine große Hilfe, wenn Sie versuchen könnten, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.
- Füllen Sie den Fragebogen spontan und zügig aus, sowie unabhängig von der Meinung einer anderen Person.
- Bei der Beantwortung interessiert uns Ihre eigene Einschätzung, dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.
- Möglicherweise werden Sie bei einigen Fragen durch die Wortwahl oder den Inhalt irritiert sein. Das könnte daran liegen, dass diese Fragen zum Teil aus dem Englischen übersetzt wurden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

GMALL-Studienzentrale

Anja Hellenbrecht / Kristina Ihrig

Klinikum der J.W.Goethe Universität, Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Tel: 069 6301 – 83591, Fax: 069 6301 7463

E-mail: gmall@em.uni-frankfurt.de

Gefördert durch:



Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung e.V.

Fragen zur Person			
1.	Vorname:	*Straße/Nr.:	
2.	Nachname:	*PLZ/Ort:	
3.	*E-Mail Adresse:		
4.	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
5.	Ihr Geburtstag (TT, MM, JJJJ):		
6.	Das heutige Datum (TT, MM, JJJJ):		
*Bitte ausfüllen, wenn Sie mit einer späteren Kontaktaufnahme einverstanden sind, bzw. wenn Sie per E-Mail über die Ergebnisse der Befragung informiert werden wollen			
Familienstand:			
7.	<input type="checkbox"/> ledig / alleinstehend	<input type="checkbox"/> verheiratet/ Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> getrennt / geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Höchster Schulabschluss:			
8.	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Abitur
	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachabitur	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss
Krankenversicherung:			
9.	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung
Berufstätigkeit bei Diagnosestellung:			
10.	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit	<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit
	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann	<input type="checkbox"/> im Ruhestand
11.	<input type="checkbox"/> erwerbsunfähig	<input type="checkbox"/> berufsunfähig	
Fragen zur Gesundheit			
Hat Ihnen <u>jemals</u> ein Arzt gesagt, dass Sie eine der folgenden Krankheiten haben?			
		Nein	Ja
12.	Hypertonie, hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Herzinfarkt (im letzten Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Herzschwäche, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Diabetes, Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie <u>zum jetzigen Zeitpunkt</u> unter einer der folgenden Krankheiten?			
		Nein	Ja
17.	Allergien, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Gelenkrheumatismus, Arthrose, Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Rückenschmerzen, Ischias, Bandscheibenschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Sehstörungen auf einem oder beiden Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr	
46.	Haben Sie erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47.	Hatten Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48.	Hatten Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49.	Waren Sie müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50.	Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslesen oder das Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52.	Fühlten Sie sich angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53.	Haben Sie sich Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54.	Waren Sie reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55.	Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft						
Wie würden Sie insgesamt Ihren <u>Gesundheitszustand</u> während der letzten Woche einschätzen?						
60.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
	ausgezeichnet					sehr schlecht
Wie würden Sie insgesamt Ihre <u>Lebensqualität</u> während der letzten Woche einschätzen?						
61.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
	ausgezeichnet					sehr schlecht

Müdigkeit und Erschöpfung*			
Im Laufe unseres Lebens, haben die meisten von uns Zeiten, an denen sie sich sehr müde oder matt fühlen.			
62.	Haben Sie sich in der letzten Woche ungewöhnlich müde oder matt gefühlt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die aussagt, welche Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie <u>gerade jetzt</u> fühlen:			
63.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Müdigkeit Stärkste vorstellbare Müdigkeit		
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die Ihre übliche Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) <u>in den letzten 24 Stunden</u> beschreibt:			
64.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Müdigkeit Stärkste vorstellbare Müdigkeit		
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl ein, die aussagt, die Ihre stärkste Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) <u>in den letzten 24 Stunden</u> beschreibt:			
65.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Müdigkeit Stärkste vorstellbare Müdigkeit		
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die angibt, wie stark Ihre Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie <u>in den letzten 24 Stunden</u> beeinträchtigt hat:			
66.	Allgemeine Aktivität		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		
67.	Stimmung		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		
68.	Gehvermögen:		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		
69.	Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		
70.	Beziehungen zu anderen Menschen		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		
71.	Lebensfreude		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 keine Beeinträchtigung Vollständige Beeinträchtigung		

*Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D. Pain Research Group, used by permission.

Bewertung dieses Fragebogens durch den Patienten								
72.	War Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens behilflich?						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
73.	Wenn Ja , wer war Ihnen behilflich:							
74.	Gab es Fragen, die von uns verwirrend oder schwerverständlich gestellt waren?						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
75.	Wenn Ja , bitte führen Sie hier die Nummer dieser Frage an							
	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	
	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	
76.	Gab es Fragen, die für Sie belastend waren?						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
77.	Wenn Ja , bitte führen Sie hier die Nummer dieser Frage an							
	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	
	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	
78.	Halten Sie Untersuchungen wie diese zur Lebensqualität für sinnvoll?							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
	Ja, sehr			Überhaupt nicht				
Anregungen / Kommentare								

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme, wir wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute!
Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

Ihre GMALL Studienzentrale

Dr. N. Gökbüget
(Leiterin d. Studienzentrale)

Dr. C.-M. Hartog
(wiss. Mitarbeiterin)

A. Hellenbrecht
(wiss. Mitarbeiterin)

K. Ihrig
(wiss. Mitarbeiterin)