



THERAPIESTUDIEN DER AKUTEN LYMPHATISCHEN LEUKÄMIE DES ERWACHSENEN



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): _____
<small>*Bitte ausfüllen, wenn Sie mit einer späteren Kontaktaufnahme einverstanden sind, bzw. wenn Sie per E-Mail über die Ergebnisse der Befragung informiert werden wollen</small>	
FALLS SIE BEREITS AN DER BEFRAGUNG BEI DIAGNOSESTELLUNG TEILGENOMMEN HABEN, FAHREN SIE BITTE MIT FRAGE 12 FORT	
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"/> in Ausbildung / Schüler / Student <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann <input type="checkbox"/> im Ruhestand <input type="checkbox"/> arbeitslos
11.	<input type="checkbox"/> erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> berufsunfähig
Wie schätzen Sie Ihren Allgemeinzustand im Moment ein ? (Bitte eines der 5 folgenden Kästchen ankreuzen)	
12.	<input type="checkbox"/> normale Aktivität wie vor der Leukämiediagnose ohne Einschränkungen möglich <input type="checkbox"/> eingeschränkt bei körperlich anstrengenden Aktivitäten, aber fähig zu leichter oder sitzender Tätigkeit (z.B. leichte Haus- oder Büroarbeit) <input type="checkbox"/> fähig zu gehen und zur vollständigen Selbstversorgung, aber keinerlei Arbeit möglich; mehr als 50% der Tageszeit außerhalb von Bett/Sessel <input type="checkbox"/> nur begrenzt zur Selbstversorgung fähig, mehr als 50% der Tageszeit ans Bett/Sessel gebunden <input type="checkbox"/> vollständig unfähig zur Selbstversorgung, ausschließlich bettlägerig

Zeitpunkt: T1

Gefördert durch:



Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung e.V.

Fragen zur Lebensqualität (EORTC-QLQ C 30)					
Während der <u>letzten Woche</u> :					
		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
13.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Waren Sie bei Ihren Hobbies oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Waren Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Hatten Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Mussten Sie sich ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Hatten Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Fühlten Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Hatten Sie Appetitmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	War Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Haben Sie erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Hatten Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Hatten Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Waren Sie müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Fühlten Sie sich angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Haben Sie sich Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Waren Sie reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	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"/>
40.	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 Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

41. 1 2 3 4 5 6 7
 ausgezeichnet sehr schlecht

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

42. 1 2 3 4 5 6 7
 ausgezeichnet sehr schlecht

Was ermutigt Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes und welches Angebot fehlt Ihnen?

		unwichtig	wichtig	War vorhanden	
				Ja	Nein
43.	Der Besuch von Freunden/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Gute Besuchszeitenregelung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Fürsorgliches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Soziale Kontakte zu Mitpatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Einzelbettzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Gutes Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Gottesdienst/Kapelle/Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Gymnastik-, Sportmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Ein angenehmes Außengelände/Natur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Eine Bibliothek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Fernsehen, Internetmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Sonstiges:				

Müdigkeit und Erschöpfung			
Im Laufe unseres Lebens, haben die meisten von uns Zeiten, an denen sie sich sehr müde oder matt fühlen.			
55.	Haben Sie sich <u>in der letzten Woche</u> 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:			
56.	<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	Stärkste vorstellbare Müdigkeit	
keine Müdigkeit			
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die Ihre übliche Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) <u>in den letzten 24 Stunden</u> beschreibt:			
57.	<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	Stärkste vorstellbare Müdigkeit	
keine Müdigkeit			
Bitte kreuzen Sie die eine Zahl ein, die aussagt, die Ihre stärkste Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) <u>in den letzten 24 Stunden</u> beschreibt:			
58.	<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	Stärkste vorstellbare Müdigkeit	
keine 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:			
59.	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	Vollständige Beeinträchtigung	
keine Beeinträchtigung			
60.	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	Vollständige Beeinträchtigung	
keine Beeinträchtigung			

61.	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
62.	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
63.	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
64.	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.

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)