



Patient ID: CH - ____ - ____

EORTC QLQ-C30 (Version 3)

Datum:

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

	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
16. Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4

Bitte wenden



Patient ID: CH - ____ - ____

EORTC QLQ - BR23

Datum:

Patienten berichten manchmal die nachfolgend beschriebenen Symptome oder Probleme. Bitte beschreiben Sie, wie stark Sie diese Symptome oder Probleme während der letzten Woche empfunden haben.

Während der letzten Woche:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
31. Hatten Sie einen trockenen Mund?	1	2	3	4
32. War Ihr Geschmacksempfinden beim Essen oder Trinken verändert?	1	2	3	4
33. Schmerzten Ihre Augen, waren diese gereizt oder trännten sie?	1	2	3	4
34. Haben Sie Haarausfall?	1	2	3	4
35. Nur bei Haarausfall ausfüllen: Hat Sie der Haarausfall belastet?	1	2	3	4
36. Fühlten Sie sich krank oder unwohl?	1	2	3	4
37. Hatten Sie Hitzewallungen?	1	2	3	4
38. Hatten Sie Kopfschmerzen?	1	2	3	4
39. Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung körperlich weniger anziehend?	1	2	3	4
40. Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung weniger weiblich?	1	2	3	4
41. Fanden Sie es schwierig, sich nackt anzusehen?	1	2	3	4
42. Waren Sie mit Ihrem Körper unzufrieden?	1	2	3	4
43. Waren Sie wegen Ihres zukünftigen Gesundheitszustandes besorgt?	1	2	3	4

Während der letzten vier Wochen:

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
44. Wie sehr waren Sie an Sex interessiert?	1	2	3	4
45. Wie sehr waren Sie sexuell aktiv? (mit oder ohne Geschlechtsverkehr)?	1	2	3	4
46. Nur ausfüllen, wenn Sie sexuell aktiv waren: Wie weit hatten Sie Freude an Sex?	1	2	3	4

Bitte wenden

Während der letzten Woche:

	Überhaupt			
	nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
47. Hatten Sie Schmerzen in Arm oder Schulter?	1	2	3	4
48. War Ihr Arm oder Ihre Hand geschwollen?	1	2	3	4
49. War das Heben oder Seitwärtsbewegen des Arms erschwert?	1	2	3	4
50. Hatten Sie im Bereich der betroffenen Brust Schmerzen?	1	2	3	4
51. War der Bereich Ihrer betroffenen Brust angeschwollen?	1	2	3	4
52. War der Bereich der betroffenen Brust überempfindlich?	1	2	3	4
53. Hatten Sie Hautprobleme im Bereich der betroffenen Brust (z. B. juckende, trockene oder schuppende Haut)?	1	2	3	4

**STÖRUNGEN, EINSCHRÄNKUNGEN UND TEILHABEPROBLEM FRAGEBOGEN
FÜR LYMPHÖDEME DER OBEREN GLIEDMAßEN (LYMPH-ICF-OG)**

Patient-ID: CH - _ _ _ - _ _ _

Datum: _____

Beschwerden im Bereich des Arms und/oder der Hand nach der Behandlung von Brustkrebs können neben physischen und mentalen Folgen ebenso eine Anzahl an Einschränkungen in der Ausübung von Aktivitäten mit sich bringen.

Dieser Fragebogen beinhaltet **29 Fragen**, die auf Informationen von Brustkrebspatientinnen basieren.

Neben jeder Frage sehen Sie eine bezifferte Linie, die an den äußeren Enden mit den Worten „ganz und gar nicht“, „sehr viel“ oder „sehr gut“ versehen ist. Bei jeder Frage markieren Sie bitte die Ziffer, die Ihren Beschwerden am besten entspricht. Wenn Sie keine Probleme mit der beschriebenen Beschwerde haben, markieren Sie die Ziffer 0 („ganz und gar nicht“) ganz links. **Wenn Sie sehr viele Probleme mit der beschriebenen Beschwerde haben, markieren Sie die Ziffer 10 ganz rechts („sehr viel“).** Wenn eine bestimmte Aktivität nicht auf Sie zutrifft, markieren Sie diese bitte, indem Sie den Kreis „nicht zutreffend“ ganz rechts ankreuzen.

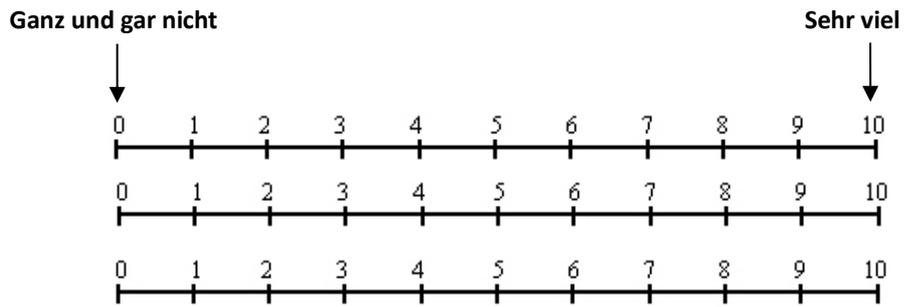
Wählen Sie die Antwort, die mit Ihrer eigenen Situation in den **letzten 2 Wochen am besten übereinstimmt**. Versuchen Sie nicht zu lang über jede Frage nachzudenken und versuchen Sie, zu jeder Frage eine Antwort zu geben.

Dies ist ein persönlicher Fragebogen, der nur von Ihnen ausgefüllt werden kann. Versuchen Sie während des Ausfüllens des Fragebogens die Fragen nicht mit einer anderen Person zu besprechen. Wenn Sie über den Inhalt der Fragen nicht sicher sind, beantworten Sie die Fragen so, wie Sie sie verstehen.

Körperliche Funktionen

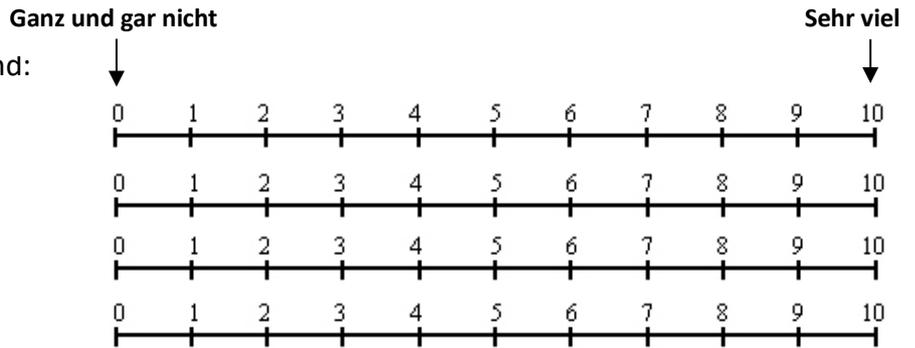
Fühlt sich Ihr Arm/ Ihre Hand:

- 1. Schwer (ermüdet) an?
- 2. Steif an?
- 3. Geschwollen an?



Haben Sie am Arm / an der Hand:

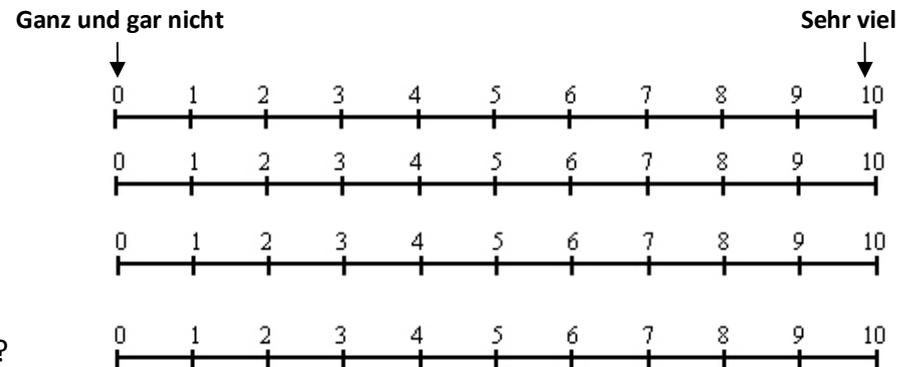
- 4. Kraftverlust?
- 5. Kribbeln?
- 6. Schmerzen?
- 7. Gespannte Haut?



Mentale Funktionen

Aufgrund der Probleme am Arm /
an der Hand:

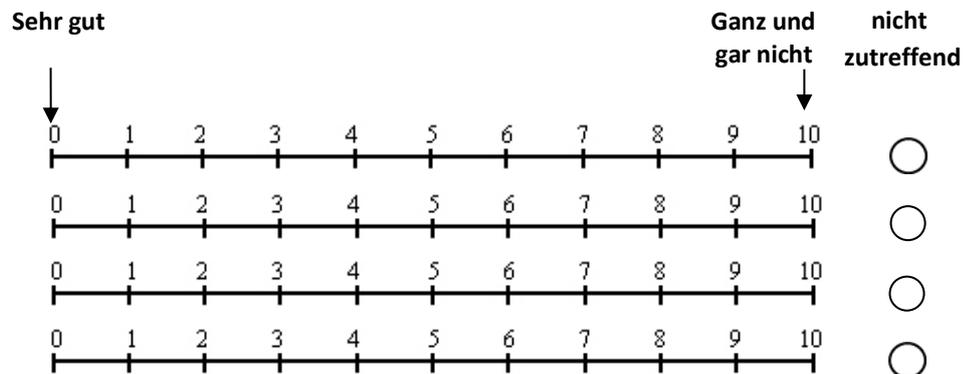
- 8. Fühlen Sie sich traurig?
- 9. Fühlen Sie sich entmutigt?
- 10. Haben Sie mangelndes Selbstvertrauen?
- 11. Fühlen Sie sich angespannt?



Aktivitäten im Haushalt

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

- 12. Putzen (schrubben, staubsaugen, wischen)?
- 13. Kochen?
- 14. Bügeln?
- 15. Im Garten arbeiten?



Mobilität

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

	Sehr gut		Ganz und gar nicht										
	↓			↓									
16. Überkopftätigkeiten (z.B. etwas aufhängen) ausführen?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
17. Schwere Gegenstände aufheben oder tragen (z.B. Eimer Wasser, Einkäufe)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
18. Auf der betroffenen Seite schlafen?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
19. Am Computer arbeiten (>30 Minuten)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
20. Sonnenbaden?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
21. Auto fahren?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
22. Wandern (>2km)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
23. Fahrrad fahren?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
												↑	nicht zutreffend

Bedeutende Lebensbereiche und soziales Leben

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

	Sehr gut		Ganz und gar nicht										
	↓			↓									
24. In den Urlaub fahren?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
25. Ihre Hobbies ausführen?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
26. Sport treiben?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
27. Kleidung tragen, die Sie gerne anziehen?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
28. Ihren Beruf (bezahlte Tätigkeit) ausüben?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
29. Soziale Aktivitäten mit Freunden ausüben (z. B. zu Feiern und Konzerten gehen, essen gehen)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
												↑	nicht zutreffend

Datum: _____

Fragebogen zur Lebensorientierung (13) (Antonovsky, 1987)

Die folgenden Fragen dieser Umfrage beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es sieben mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

1	2	3	4	5	6	7
äußerst selten oder nie						sehr oft

2. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

1	2	3	4	5	6	7
das ist nie passiert						das kommt immer wieder vor

3. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

1	2	3	4	5	6	7
das ist nie passiert						das kommt immer wieder vor

4. Bis jetzt hatte Ihr Leben

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck						sehr klare Ziele und einen Zweck

5. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

6. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewöhnlichen Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

7. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

1	2	3	4	5	6	7
tiefer Freude und Zufriedenheit						von Schmerz und Langeweile

8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

10. Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

1	2	3	4	5	6	7
nie						sehr oft

11. Wenn etwas geschehen ist, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie die

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Bedeutung dieses
Geschehnisses über- oder
unterschätzt haben

Dinge im richtigen
Verhältnis gesehen haben

12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft						sehr selten oder nie

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Trainingsaktivität und Rauchgewohnheiten.

1. Wenn Sie an den vergangenen Monat zurückdenken, an wievielen Tagen pro Woche führten Sie durchschnittlich mindestens eine Trainingsaktivität (einschließlich Gehen und Radfahren) durch, die mindestens 30 Minuten dauerte?

- Überhaupt nicht
- an weniger als 1 Tag pro Woche
- an 1 Tag pro Woche
- an 2 Tagen pro Woche
- an 3 Tagen pro Woche
- an 4 Tagen pro Woche
- an 5 Tagen pro Woche
- an 6 Tagen pro Woche
- an 7 Tagen pro Woche

2. Wie sieht Ihre Trainingsaktivität heute im Vergleich zu der Zeit vor Ihrer Brustkrebsdiagnose aus?

- ich bin aktiver
- ich bin weniger aktiv
- unverändert

3. Rauchen Sie?

- Ja
- Nein, ich habe nie geraucht
- Nein, ich habe früher geraucht

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!