

[DSQ-SF]

Zunächst beantworten Sie bitte einige Fragen zu Ihrer ME/CFS-Symptomatik.

Bitte geben Sie für jedes der folgenden Symptome die Häufigkeit und Schwere an.

<u>Häufigkeit:</u>	<u>Schwere:</u>
Innerhalb der letzten 6 Monate, wie oft hatten Sie dieses Symptom? Bitte geben Sie für jedes der untenstehenden Symptome eine Zahl an von: 0 = nie 1 = manchmal 2 = ca. die Hälfte der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Innerhalb der letzten 6 Monate, wie stark hat Sie dieses Symptom Sie beeinträchtigt? Bitte geben Sie für jedes der untenstehenden Symptome eine Zahl an von: 0 = Symptom nicht vorhanden 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer 4 = sehr schwer

Symptom	Häufigkeit:	Schwere:
1. Fatigue/extreme Müdigkeit	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Sich nicht erholt fühlen, nachdem man morgens aufwacht	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Schmerzen in den Muskeln	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Blähungen	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Probleme, sich an Dinge zu erinnern	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Schwierigkeiten über einen längeren Zeitraum aufmerksam zu sein	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Reizdarmprobleme	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Sich unsicher auf den Beinen fühlen, als wenn man hinfallen könnte	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. kalte Gliedmaßen (z.B. Arme, Beine, Hände)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Gefühl von Wärme oder Kälte ohne Grund	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Grippeartige Symptome	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

10. Wenn Sie sich nicht aktivieren, liegt es daran, dass Aktivität Ihre Symptome verschlimmert?

- Ja
- Nein

[SF-36]

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

1 = ausgezeichnet, 2 = sehr gut, 3 = gut, 4 = weniger gut, 5 = schlecht

2. **Im Vergleich zum vergangenen Jahr**, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

1 = Derzeit viel besser als vor einem Jahr, 2 = Derzeit etwas besser als vor einem Jahr, 3 = Etwa so wie vor einem Jahr, 4 = Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr, 5 = Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr

3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

<u>Tätigkeiten</u>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h. mehrere Straßenkreuzungen zu Fuß gehen	1	2	3
i. Eine Straßenkreuzung zu Fuß gehen	1	2	3
j. sich baden oder anziehen	1	2	3

4. Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

<u>Probleme</u>	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	1	2

5. Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

<u>Problem</u>	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

1 = überhaupt nicht, 2 = etwas, 3 = mäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen?**

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

1 = ich hatte keine Schmerzen, 2 = sehr leicht, 3 = leicht, 4 = mäßig, 5 = stark, 6 = sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie **in den vergangenen 4 Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

1 = überhaupt nicht, 2 = ein bisschen, 3 = mäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den **vergangenen 4 Wochen...**

<u>Befinden</u>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a. ...voller Schwung	1	2	3	4	5	6
b. ...sehr nervös	1	2	3	4	5	6
c. ... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d. ...ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
e. ...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f. ...entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
g. ...erschöpft	1	2	3	4	5	6
h. ...glücklich	1	2	3	4	5	6
i. ...müde	1	2	3	4	5	6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

1 = immer, 2 = meistens, 3 = manchmal, 4 = selten, 5 = nie

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

<u>Aussagen</u>	Trifft ganz zu	Trifft weitestgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitestgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5