

Nummer: [_ _ _ _ _]

TAAQOL

Fragebogen

Ab dem Alter von 16 Jahren

Könnten Sie bitte zunächst die folgenden Fragen beantworten?

Welches ist Ihr Geschlecht?

männlich weiblich

Wann wurden Sie geboren?

.....
(Tag) (Monat) (Jahr)

Wann wurde dieser Fragebogen ausgefüllt?

.....
(Tag) (Monat) (Jahr)



ANLEITUNG

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Die Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Gesundheit. Sie können die Fragen beantworten, indem Sie jeweils die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten...

Treppen zu steigen?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

1

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

Falls es Probleme mit etwas gab, werden Sie auch gefragt, wie sehr Sie das gestört hat. Wenn Sie beispielsweise angeben, dass Sie "ein wenig" Schwierigkeiten hatten, Treppen zu steigen, dann können Sie im zweiten Teil der Frage ankreuzen, wie sehr Sie das gestört hat.

Zum Beispiel:

Hatten Sie vergangenen Monat Schwierigkeiten...

Treppen zu steigen?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

1

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten...

Treppen zu steigen?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

1

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

Sich nach vorne zu beugen / zu knien
/ sich zu bücken?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

2

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

500 Meter weit zu gehen (beispiels-
weise einige Strassen weit)?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

3

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

Etwas zu heben (beispielsweise
Einkäufe tragen)?

nein

ein wenig

ziemlich

sehr

4

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht

ein wenig

ziemlich

sehr stark

Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten...

Mit der Schere Papier zu schneiden? nein ein wenig ziemlich sehr

5

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Knöpfe einer Bluse/ eines Hemdes zu schliessen? nein ein wenig ziemlich sehr

6

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Eine Büchse zu öffnen? nein ein wenig ziemlich sehr

7

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Den Deckel eines Gefässes aufzuschrauben? nein ein wenig ziemlich sehr

8

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Kam es im vergangenen Monat vor, dass....

Sie Schwierigkeiten hatten, sich auf das zu konzentrieren, was andere sagten?

nein ein wenig ziemlich sehr

9

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sie Schwierigkeiten hatten, sich an Dinge zu erinnern?

nein ein wenig ziemlich sehr

10

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sie Schwierigkeiten hatten, konzentriert zu denken?

nein ein wenig ziemlich sehr

11

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Ihre Gedanken abschweiften?

nein ein wenig ziemlich sehr

12

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Wie oft passierte es im letzten Monat, dass ...

Sie Schwierigkeiten hatten, einzuschlafen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

13

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sie unruhig schliefen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

14

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sie nachts häufig oder lange wach lagen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

15

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sie wirklich gut schliefen?

(fast) immer häufig gelegentlich nie

16

Falls dies nicht immer der Fall war, wie sehr hat sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat...

Rückenschmerzen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

17

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Schmerzen / Verspannungen im Nacken oder in den Schultern?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

18

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Gelenk- oder Gliederschmerzen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

19

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Muskelschmerzen?

nie gelegentlich häufig (fast) immer

20

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Wenn Sie es brauchten, konnten Sie dann im vergangenen Monat...

Mit anderen im Vertrauen sprechen?

- häufig gelegentlich selten nie

21

Falls dies nicht immer möglich war, wie sehr hat sie das gestört?

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark
-

Mit anderen Menschen eine gute Zeit haben?

- häufig gelegentlich selten nie

22

Falls dies nicht immer möglich war, wie sehr hat sie das gestört?

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark
-

Freunde besuchen?

- häufig gelegentlich selten nie

23

Falls dies nicht immer möglich war, wie sehr hat sie das gestört?

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark
-

Ein gutes Gespräch mit anderen führen?

- häufig gelegentlich selten nie

24

Falls dies nicht immer möglich war, wie sehr hat sie das gestört?

- überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark
-

Hatten Sie im vergangenen Monat...

Schwierigkeiten bei der Arbeit, beim Studium oder bei anderen Alltagsaktivitäten?

nein ein wenig ziemlich sehr

25

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Weniger gearbeitet, studiert oder weniger andere Alltagsaktivitäten vollbracht?

nein ein wenig ziemlich sehr

26

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Probleme, bei der Ausführung bestimmter Arbeiten, beim Studium oder anderen Alltagsaktivitäten erlebt?

nein ein wenig ziemlich sehr

27

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Die Arbeit, das Studium oder andere Alltagsaktivitäten weniger sorgfältig durchgeführt?

nein ein wenig ziemlich sehr

28

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Weniger Sex als sonst gehabt?

nein ein wenig ziemlich sehr

29

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Sex als weniger befriedigend erlebt?

nein ein wenig ziemlich sehr

30

Wie sehr hat Sie das gestört?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark

Fühlten Sie sich im vergangenen Monat....

Voller Energie nein ein wenig ziemlich sehr

31

Müde nein ein wenig ziemlich sehr

32

Fit nein ein wenig ziemlich sehr

33

Rasch erschöpft nein ein wenig ziemlich sehr

34

Fröhlich nein ein wenig ziemlich sehr

35

Traurig nein ein wenig ziemlich sehr

36

Gut gelaunt nein ein wenig ziemlich sehr

37

Verärgert nein ein wenig ziemlich sehr

38

Besorgt nein ein wenig ziemlich sehr

39

Bedrückt nein ein wenig ziemlich sehr

40

Aggressiv nein ein wenig ziemlich sehr

41

Glücklich nein ein wenig ziemlich sehr

42

Aufbrausend nein ein wenig ziemlich sehr

43

Heiter nein ein wenig ziemlich sehr

44

Ängstlich nein ein wenig ziemlich sehr

45

**Dies ist das Ende des Fragebogens.
Vielen Dank für das Ausfüllen!**