

Untersuchungstermin / / (TT/Mon/JJJJ)	Studienproband ID 333- (beim SCR) 1701- -	Patienteninitialen Z. B. <u>Smith</u> John SMJO	
EQ-5D-3L BEFRAGUNG ZU GESUNDHEITLICHEN FOLGEN			

BESUCH (Bitte zutreffende Woche ankreuzen)	☐ SC	☐ SVR12 (Woche 20)
--	-----------------------------	---

Bitte beschreiben Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand, indem Sie jeweils ein Kästchen in jeder Gruppe ankreuzen, das am besten zutrifft.

1. Beweglichkeit

Nur1
wählen

- ☐ Ich kann problemlos laufen
- ☐ Ich habe leichte Probleme beim Laufen
- ☐ Ich muss im Bett liegen

2. Körperpflege

Nur1
wählen

- ☐ Ich habe keine Probleme mit der Körperpflege
- ☐ Ich habe Probleme mich anzuziehen oder zu waschen
- ☐ Ich bin nicht in der Lage mich zu waschen/anzuziehen

3. Übliche Aktivitäten (z.B. Arbeit, lernen, Hausarbeit, Familien- oder Urlaubsaktivität)

Nur1
wählen

- ☐ Ich habe keine Probleme mit meinen Aktivitäten
- ☐ Ich habe leichte Probleme bei meinen Aktivitäten
- ☐ Ich kann meinen üblichen Aktivitäten nicht nachgehen

4. Schmerzen/Beschwerden

Nur1
wählen

- ☐ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

5. Angst/Depression

Nur1
wählen

- ☐ Ich bin weder ängstlich noch depressiv
- ☐ Ich bin leicht ängstlich oder depressiv
- ☐ Ich bin sehr ängstlich oder depressiv

Untersuchungstermin / / (TT/Mon/JJJJ)	Studienproband ID 333- (beim SCR) 1701- -	Patienteninitialen Z. B. <u>Smith</u> John SMJO	
EQ-5D-3L BEFRAGUNG ZU GESUNDHEITLICHEN FOLGEN			

6.

Um Ihnen dabei zu helfen, Ihren Gesundheitszustand zu beurteilen, haben wir eine Skala abgebildet (wie eine Art Thermometer), auf welcher der beste vorstellbare Zustand mit 100 markiert ist und der schlechteste vorstellbare Zustand mit 0.

Bitte geben Sie an, wie gut oder schlecht Sie sich heute Ihrer Meinung nach gesundheitlich fühlen. Bitte ziehen Sie dafür eine Linie vom untenstehenden Kästchen zu dem Punkt auf der Skala, der am besten Ihrem heutigen Gesundheitszustand entspricht.

**Ihr heutiger
Gesundheits-
zustand**

Vielen Dank für Ihre Zeit.

Bester Gesundheitszustand

Schlechtester Gesundheitszustand

