

HM-PRO

Bitte lesen Sie sich die Einführung durch, bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen.

Einführung

Bei diesem Fragebogen werden Sie zu Ihrer Meinung darüber befragt, wie Ihre Krankheit und/oder die Behandlung Ihren Alltag beeinträchtigt.

TEIL A bezieht sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Alltagsaktivitäten und **TEIL B** bezieht sich auf die Symptome, die aufgrund Ihrer Erkrankung und/oder der Behandlung, die Sie erhalten, bei Ihnen auftreten.

TEIL A

Falls dieser Bereich für Sie in keiner Weise problematisch ist, markieren Sie das Kästchen:

‘ÜBERHAUPT NICHT’

Falls der Bereich durch Ihre hämatologische Erkrankung beeinträchtigt wird, wählen Sie bitte das Ausmaß der Beeinträchtigung, indem Sie eines der folgenden Kästchen markieren:

‘ETWAS’; ‘SEHR’

Falls Aussagen nicht auf Sie zutreffen, markieren Sie bitte das Kästchen:

‘NICHT ZUTREFFEND’

TEIL B

Falls dieses Symptom bei Ihnen nicht auftritt, markieren Sie bitte das Kästchen:

‘ÜBERHAUPT NICHT’

Falls das Symptom Sie beeinträchtigt, wählen Sie bitte den Schweregrad des Symptoms aus, indem Sie eines der folgenden Kästchen markieren:

‘LEICHT’; ‘SCHWER’

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls Sie sich bei der Beantwortung einer Frage unsicher sind, antworten Sie bitte nach bestem Ermessen.

Bitte tragen Sie Ihre Daten ein:

Patientennummer:

*** Startzeitpunkt:**

Geburtsdatum:

Datum:

TEIL A

BITTE KREUZEN SIE DAS KÄSTCHEN AN, DAS AM BESTEN BESCHREIBT, WIE IHRE HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNG SIE BEEINTRÄCHTIGT UND **WIE SIE SICH HEUTE DIESBEBÜGLICH FÜHLEN**

A. Die folgenden Aussagen beschreiben Ihr Körperliches Befinden

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Sehr</i>	<i>Nicht zutreffend</i>
1. Es fällt mir schwer, zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir schwer, für mich zu sorgen (z. B. Ankleiden, Baden).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es fällt mir schwer, körperlich aktiv zu sein/Sport zu treiben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es fällt mir schwer, zu reisen (z. B. mit Bus, Bahn, Flugzeug und Auto).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es fällt mir schwer, das Haus zu verlassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es fällt mir schwer, zu arbeiten (oder zu studieren).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es fällt mir schwer, in Urlaub zu gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Die folgenden Aussagen beschreiben Ihr Soziales Wohlbefinden

1. Es fällt mir schwer, Kontakte zu knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir schwer, persönliche Beziehungen zu pflegen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Probleme mit meinem Sexleben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Die folgenden Aussagen beschreiben Ihr Emotionales Befinden

1. Ich mache mir Sorgen, dass ich für andere eine Last sein könnte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es beunruhigt mich, dass andere über mich urteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich mache mir Sorgen über mein Aussehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin verzweifelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin ängstlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich befürchte, dass ich sterben könnte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe wenig Selbstbewusstsein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir Sorgen darum, wie es mit meiner Gesundheit weitergehen wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein Schlafrhythmus hat sich verändert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich mache mir Sorgen wegen meiner Behandlung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie alle Aussagen auf dieser Seite gelesen und beantwortet?

BITTE KREUZEN SIE DAS KÄSTCHEN AN, DAS AM BESTEN BESCHREIBT, WIE IHRE HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNG SIE BEEINTRÄCHTIGT UND **WIE SIE SICH HEUTE DIESBEBÜGLICH FÜHLEN**

D. Die folgenden Aussagen beschreiben Ihr Essen und Trinken

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Sehr</i>	<i>Nicht zutreffend</i>
1. Ich habe Probleme mit meinem Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Essgewohnheiten haben sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Trinkgewohnheiten haben sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie unten alle anderen Bereiche Ihres Alltagslebens, die von Ihrer Krankheit oder der Behandlung beeinträchtigt werden.

Anmerkungen:

Haben Sie alle Aussagen auf dieser Seite gelesen und beantwortet?

Bitte blättern Sie um, um auf die nächste Seite zu gelangen.

TEIL B

BITTE KREUZEN SIE DAS KÄSTCHEN AN, DAS AM BESTEN DIE SYMPTOME BESCHREIBT, DIE **IN DEN LETZTEN DREI TAGEN BEI IHNEN AUFGETRETEN SIND**

Die folgenden Aussagen beschreiben Krankheitssymptome oder Nebenwirkungen der Behandlung.

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Leicht</i>	<i>Schwer</i>
1. Ich habe/hatte Fieber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Probleme mit meinem Energielevel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Haarausfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Problem mit meinem Geschmackssinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Atembeschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Hautprobleme (z. B. Juckreiz, blaue Flecken, Ausschlag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe Verstopfung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Meine Lymphknoten sind vergrößert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe körperliche Schmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Infektionen (z. B. Brustraum, Lunge, Harnwege).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe Nachtschweiß.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe Übelkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe/hatte Schmerzen im Brustraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte listen Sie unten alle anderen Symptome auf, die Ihnen Sorgen bereiten, oder tragen Sie Anmerkungen ein, die Sie noch machen möchten.

Haben Sie alle Aussagen auf dieser Seite gelesen und beantwortet?

Vielen Dank!

* **Endzeitpunkt:** - _____