

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Schmerzen	
<i>Die fünf Fragen dieses Bereiches betreffen die Situation in der letzten Woche.</i>	
<p>1 Wie oft hatten Sie während der letzten Woche Rückenschmerzen?</p>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 Tag pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 2-3 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 4-6 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> jeden Tag
<p>2 Wenn Sie Rückenschmerzen hatten, wie lange hielten die Rückenschmerzen während des Tages an?</p>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1-2 Stunden <input type="checkbox"/> 3-5 Stunden <input type="checkbox"/> 6-10 Stunden <input type="checkbox"/> den ganzen Tag
<p>3 Wie stark sind Ihre Rückenschmerzen wenn Sie am Schlimmsten sind?</p>	<input type="checkbox"/> keine Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> unerträglich
<p>4 Wie sind Ihre Rückenschmerzen zu anderen Zeiten?</p>	<input type="checkbox"/> keine Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> unerträglich
<p>5 Haben die Rückenschmerzen in der letzten Woche Ihren Schlaf gestört?</p>	<input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> jede zweite Nacht <input type="checkbox"/> jede Nacht

B Aktivitäten des täglichen Lebens

Die nächsten 4 Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation.

6 Haben Sie Probleme mit dem Anziehen?	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> brauche möglicherweise etwas Hilfe <input type="checkbox"/> ohne Hilfe unmöglich
7 Haben Sie Probleme mit dem Baden oder Duschen?	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> brauche möglicherweise etwas Hilfe <input type="checkbox"/> ohne Hilfe unmöglich
8 Haben Sie Probleme, zur Toilette zu gelangen oder auf die Toilette zu gehen?	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> brauche möglicherweise etwas Hilfe <input type="checkbox"/> ohne Hilfe unmöglich
9 Wie gut schlafen Sie?	<input type="checkbox"/> schlafe ungestört <input type="checkbox"/> wache manchmal auf <input type="checkbox"/> wache oft auf <input type="checkbox"/> manchmal liege ich stundenlang wach <input type="checkbox"/> manchmal habe ich eine schlaflose Nacht

C Tätigkeiten im Haus

Die nächsten 5 Fragen beziehen sich auf die jetzige Situation. Wenn jemand anderes diese Dinge in Ihrem Haushalt erledigt, antworten Sie bitte, als ob Sie selbst dafür verantwortlich wären.

10 Können Sie sauber machen?	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
11 Können Sie Mahlzeiten zubereiten?	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich

<p>12 Können Sie Geschirr spülen?</p>	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
<p>13 Können Sie Ihre täglichen Einkäufe erledigen?</p>	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
<p>14 Können Sie ein 10 kg schweres Objekt hochheben (z. B. eine Kiste mit 6 Flaschen Wasser oder ein 1 Jahr altes Kind) und es 10 Meter weit tragen?</p>	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich

D Bewegung

Die nächsten 8 Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation.

<p>15 Können Sie vom Stuhl aufstehen?</p>	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit ein wenig Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mäßige Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe
<p>16 Können Sie sich bücken?</p>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> nicht ganz leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> unmöglich
<p>17 Können Sie sich hinknien?</p>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> nicht ganz leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> unmöglich
<p>18 Können Sie die Treppe zum nächsten Stockwerk eines Hauses hinaufsteigen?</p>	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mindestens einer Ruhepause

	<input type="checkbox"/> nur mit Hilfe <input type="checkbox"/> unmöglich
19 Können Sie 100 Meter gehen?	<input type="checkbox"/> schnell ohne stehenzubleiben <input type="checkbox"/> langsam ohne stehenzubleiben <input type="checkbox"/> langsam mit mindestens einmaligem Stehen bleiben <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe <input type="checkbox"/> unmöglich
20 Wie oft waren Sie während der letzten Wochen draußen?	<input type="checkbox"/> jeden Tag <input type="checkbox"/> 5-6 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 3-4 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 1-2 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche
21 Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen?	<input type="checkbox"/> ohne Mühe <input type="checkbox"/> mit etwas Mühe <input type="checkbox"/> mit mäßiger Mühe <input type="checkbox"/> mit großer Mühe <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe
22 Sind Sie durch Veränderungen Ihrer Figur infolge Osteoporose betroffen (z.B. Verlust an Körpergröße, Zunahme des Leibesumfangs, Form ihres Rückens)?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> ziemlich schwer <input type="checkbox"/> sehr schwer

E Freizeit, soziale Aktivitäten

23 Sind Sie in der Lage, irgendeine Art Sport jetzt auszuüben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja mit Einschränkungen <input type="checkbox"/> nein überhaupt nicht
24 Können Sie Ihren Gartenarbeiten nachgehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja mit Einschränkungen <input type="checkbox"/> nein überhaupt nicht <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
25 Betreiben Sie irgendeine Art Hobby jetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja mit Einschränkungen <input type="checkbox"/> nein überhaupt nicht

<p>26 Können Sie ein Kino, Theater etc. besuchen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja mit Einschränkungen <input type="checkbox"/> nein überhaupt nicht <input type="checkbox"/> kein Kino oder Theater innerhalb einer angemessenen Entfernung</p>
<p>27 Wie oft haben Sie während der letzten 3 Monate Freunde oder Verwandte besucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> einmal in der Woche oder häufiger <input type="checkbox"/> ein- oder zweimal im Monat <input type="checkbox"/> weniger als einmal im Monat <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>28 Wie oft haben Sie während der letzten 3 Monate an sozialen Aktivitäten teilgenommen (Vereine, Versammlungen, kirchliche Aktivitäten, Wohltätigkeitsveranstaltungen etc.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> einmal in der Woche oder häufiger <input type="checkbox"/> ein- oder zweimal im Monat <input type="checkbox"/> weniger als einmal im Monat <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>29 Beeinträchtigen Ihre Rücken-schmerzen oder Ihre Behinderung Ihr Intimleben (einschließlich Geschlechtsverkehr)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>

F Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheit

<p>30 Würden Sie sagen, für Ihr Alter ist Ihr Gesundheitszustand allgemein:</p>	<p><input type="checkbox"/> ausgezeichnet <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zufriedenstellend <input type="checkbox"/> nicht so gut <input type="checkbox"/> schlecht</p>
<p>31 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ausgezeichnet <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zufriedenstellend <input type="checkbox"/> nicht so gut <input type="checkbox"/> schlecht</p>
<p>32 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität im Vergleich zu vor 10 Jahren einschätzen?</p>	<p><input type="checkbox"/> jetzt viel besser <input type="checkbox"/> jetzt leicht besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> jetzt leicht verschlechtert <input type="checkbox"/> jetzt viel schlechter</p>

G Stimmung

Die nächsten neun Fragen gelten für die Situation in der letzten Woche.

33 Neigen Sie dazu sich müde zu fühlen?	<input type="checkbox"/> am Morgen <input type="checkbox"/> am Nachmittag <input type="checkbox"/> nur am Abend <input type="checkbox"/> nach anstrengender Aktivität <input type="checkbox"/> fast niemals
34 Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/> fast jeden Tag <input type="checkbox"/> drei bis fünf Tage in der Woche <input type="checkbox"/> ein bis zwei Tage in der Woche <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> fast niemals
35 Fühlen Sie sich einsam?	<input type="checkbox"/> fast jeden Tag <input type="checkbox"/> drei bis fünf Tage in der Woche <input type="checkbox"/> ein bis zwei Tage in der Woche <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> fast niemals
36 Fühlen Sie sich voll von Energie?	<input type="checkbox"/> fast jeden Tag <input type="checkbox"/> drei bis fünf Tage in der Woche <input type="checkbox"/> ein bis zwei Tage in der Woche <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> fast niemals
37 Sind Sie zuversichtlich bezüglich Ihrer Zukunft?	<input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> immer
38 Regen Sie sich über Kleinigkeiten auf?	<input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> immer
39 Finden Sie leicht Kontakt zu anderen Leuten?	<input type="checkbox"/> niemals <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> immer

<p>40 Sind Sie den größten Teil des Tages heiter?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> niemals<input type="checkbox"/> selten<input type="checkbox"/> manchmal<input type="checkbox"/> ziemlich oft<input type="checkbox"/> immer
<p>41 Befürchten Sie völlig abhängig zu werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> niemals<input type="checkbox"/> selten<input type="checkbox"/> manchmal<input type="checkbox"/> ziemlich oft<input type="checkbox"/> immer