

Quality of Life Questionnaire for Distal Forearm Fracture

Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit distalen Unterarmfrakturen, Modul zum Qualeffo-41

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

Alle Fragen (außer Frage 12) beziehen sich auf die Situation in der letzten Woche. Alle Fragen sollen sowohl unabhängig vom Frakturort als auch von der dominanten Seite beantwortet werden.

<p>1 Haben Sie noch Schmerzen in dem gebrochenen Unterarm oder der Hand?</p>	<p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel</p>
<p>2 Spüren Sie eine Taubheit oder Nadelstiche in dem gebrochenen Unterarm oder der Hand?</p>	<p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel</p>
<p>3 Spüren Sie eine Steifheit in dem gebrochenen Unterarm oder der Hand?</p>	<p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel</p>
<p>4 Ist die Verformung Ihres gebrochenen Unterarms störend für Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel</p>
<p>5 Können Sie Ihr Haar waschen oder fönen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mittlerer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit</p>

	<input type="checkbox"/> unmöglich
6 Können Sie einen Schlüssel in der Tür umdrehen oder den Deckel eines Glases aufdrehen?	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mittlerer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
7 Haben Sie Probleme Ihre Arbeit oder Hausarbeit zu verrichten?	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mittlerer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
8 Haben Sie Probleme beim tippen oder schreiben?	<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mittlerer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
9 Können Sie Individualverkehrsmittel selbst benutzen, z.B. ein Auto oder Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit etwas Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit mittlerer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit großer Schwierigkeit <input type="checkbox"/> unmöglich
10 In welchem Ausmaß hat Ihr gebrochener Unterarm Ihre Aktivitäten in der letzten Woche beeinflusst?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
11 Benötigen Sie Hilfe von Freunden oder Verwandten aufgrund Ihres gebrochenen Unterarms?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ein 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
12 Würden Sie sagen, dass sich Ihre Lebensqualität in den letzten drei Monaten aufgrund Ihres gebrochenen Unterarms verschlechtert hat?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel