



ENDOCAN → base

03.09.2024, 12:53

BL01

BASELINE-FRAGEBOGEN der ENDOCAN-Studie

Sehr geehrte Patientin,

Sie sind von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin gefragt worden, ob Sie an einer Beobachtungsstudie bezüglich der Verbesserung von endometriosebedingten Symptomen durch die Einnahme von Cannabisextrakten teilnehmen möchten. Um wichtige neue Erkenntnisse bezüglich der Behandlung von Endometriose zu erforschen und somit die Situation für die betroffenen Personen verbessern zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragebögen sorgfältig, pünktlich (vor Behandlungsbeginn, nach 1,2 und 3 Monaten Behandlung) und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung ausreichend Zeit. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung (janosch-willem.kratz@charite.de).

1. Bitte teilen Sie uns die folgenden Informationen mit:

BL02

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Email

2. Ist bei Ihnen Endometriose bereits diagnostiziert worden?

BL03

☐ nein

☐ ja, in welchem Jahr?

3. Alter bei erster Menstruationsblutung:

BL04

☐ Jahre

☐ unbekannt

4. Erster Tag der letzten Menstruationsblutung:

BL05

☐ Datum:

☐ momentan blutungsfrei

☐ unbekannt

1 aktive(r) Filter

Filter BL05/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 2
Dann Seite(n) **jump1** des Fragebogens ausblenden

5. Ist die Menstruationsblutung regelmäßig (alle 25-35 Tage):BL06 

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ unbekannt
- ☐ alle Tage

6. Wie ist die Stärke ihrer durchschnittlichen Regelblutung:BL07 

- ☐ stark
- ☐ mittel
- ☐ schwach
- ☐ keine Blutung

7. Wieviele Tage hält die Menstruationsblutung bei Ihnen im Durchschnitt an?BL08 

- ☐ Tage
- ☐ unbekannt
- ☐ momentan keine Blutung

8. Nehmen Sie aktuell die Pille oder wenden sie sonstige Hormonpräparate an? (Pille/Hormonspirale/ Pflaster/Ring)BL09 

- ☐ ja, ich nehme folgendes Präparat ein
- ☐ nein
- ☐ unbekannt

1 aktive(r) Filter**Filter BL09/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1

Dann Frage/Text **BL10** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

9. Wie nehmen sie das Hormonpräparat ein?BL10 

- ☐ zyklisch, d.h. über 21 (24) Tage, dann Pause oder wirkstofffreie Tabletten
- ☐ Pause alle Monate
- ☐ kontinuierlich, ohne Pause

BL11 

10. Welches der folgenden Medikamente haben Sie bisher eingenommen, um ihre endometriose-bedingten Schmerzen zu behandeln?

Diclofenac (z.B. Voltaren© Tabletten)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Buscopan Plus (Tablette, Dragee)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Buscopan Plus (Zäpfchen)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Acetylsalicylsäure/ASS (z.B. Aspirin©)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Celecoxib (z.B. Celebrex©)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Ibuprofen	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Paracetamol	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Metamizol (Novaminsulfon©)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Tramadol (z.B. Tramal©)	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Tilidin	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Dihydrocodein	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Morphin	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Oxycodon	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Levomethadon	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Fentanyl	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Pethidin	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein
Buprenorphin	Habe ich niemals eingenommen	Habe ich in der Vergangenheit eingenommen	Nehme ich aktuell ein

Piritramid

Habe ich niemals
eingenommenHabe ich in der
Vergangenheit
eingenommenNehme ich
aktuell ein

Koanalgetika wie Amitriptylin, Doxepin, Clomipramin, Imipramin

Habe ich niemals
eingenommenHabe ich in der
Vergangenheit
eingenommenNehme ich
aktuell ein

Ko-Analgetika wie Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin

Habe ich niemals
eingenommenHabe ich in der
Vergangenheit
eingenommenNehme ich
aktuell einBenzodiazepine (Diazepam, Lorazepam, Lormetazepam,
Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Flunitrazepam)Habe ich niemals
eingenommenHabe ich in der
Vergangenheit
eingenommenNehme ich
aktuell ein**11. Haben sie weitere Schmerzmittel eingenommen die in der vorherigen Liste nicht aufgeführt sind?****BL12**

12. Welche komplementären Verfahren haben Sie schon probiert? Haben diese zu einer Verbesserung geführt?**BL13**

	noch nie ausprobiert	keine Besserung	leichte Besserung	deutliche Besserung
Ernährungsumstellung	☐	☐	☐	☐
Yoga	☐	☐	☐	☐
Osteopathie	☐	☐	☐	☐
Physiotherapie	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐
Beckenbodenübungen	☐	☐	☐	☐
Psychotherapie / psychologische Begleitung	☐	☐	☐	☐
Sport	☐	☐	☐	☐
REHA	☐	☐	☐	☐

13. Wie ist/war die durchschnittliche Schmerzstärke im letzten Monat?BL14 

- ☐ 0 (kein Schmerz)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

14. An wie vielen Tagen leiden sie durchschnittlich im Monat unter Schmerzen?BL15 

- ☐ Ich leide durchschnittlich an Tagen im Monat unter Schmerzen
- ☐ Ich habe jeden Tag Schmerzen
- ☐ Ich habe nie Schmerzen

15. An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie durchschnittlich Schmerzmittel ein?BL16 

- ☐ Ich nehme durchschnittlich an Tagen im Monat Schmerzmittel ein um die Schmerzen zu lindern
- ☐ Ich nehme normalerweise keine Schmerzmittel ein

1 aktive(r) Filter**Filter BL16/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Frage/Text **BL17** später im Fragebogen ausblenden

16. Können die Schmerzen durch die Einnahme von Schmerzmitteln gelindert werden?BL17 

- ☐ Durch die Einnahme von Schmerzmitteln habe ich keinerlei Schmerzen mehr
- ☐ Trotz der Einnahme von Schmerzmitteln leide ich immer noch durchschnittlich an Tagen pro Monat unter Schmerzen
- ☐ Ich nehme normalerweise keine Schmerzmittel ein

17. Cannabiskonsum:BL18 

Konsumieren Sie Cannabis?

Noch nie
konsumiertVor vielen
Jahren Mal
ausprobiertIch konsumiere
Cannabis einige
wenige Male im
JahrIch konsumieren
Cannabis
gelegentlichIch konsumiere
Cannabis
regelmäßig
(mehrmals/Woche)**18. Haben Sie schonmal Cannabis konsumiert, um endometriosebedingte Symptome zu lindern?**BL19 

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt

1 aktive(r) Filter**Filter BL19/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1

Dann Frage/Text **BL20** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

19. In welcher Form haben Sie Cannabis zur Behandlung ihrer endometriosebedingten Symptome konsumiert? BL20

- ☐ Cannabisblüten ohne THC (frei verkäufliche CBD-Blüten)
- ☐ Cannabisblüten mit THC
- ☐ CBD-Öl
- ☐ Cannabis-Öl mit THC
- ☐ Edibles (Cannabisschokolade, Cookies, Brownies, etc.)

20. Ist bei Ihnen eine familiäre Endometriose bekannt?

BL21

- ☐ ja, wer?
- ☐ nein
- ☐ unbekannt

21. Waren Sie jemals schwanger?

BL22

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ unbekannt

1 aktive(r) Filter

Filter BL22/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **BL23** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

22. Falls sie jemals schwanger waren...BL23 

- ☐ Insgesamt Schwangerschaften
- ☐ Insgesamt Fehlgeburten
- ☐ Insgesamt Abtreibungen

23. Wurden Sie bereits aufgrund ihrer Endometriose operiert?BL24 

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ unbekannt

1 aktive(r) Filter**Filter BL24/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Seite(n) **jump2** des Fragebogens anzeigen (sonst ausblenden)

24. Wie viele Operationen hatten Sie bereits insgesamt aufgrund Ihrer Endometriose?

BL25

- ☐ 1 Operation
- ☐ 2 Operation
- ☐ 3 Operation
- ☐ 4 Operation
- ☐ > 4 Operationen

25. Welches ASF/rASRM-Stadium wurde bei Ihnen festgestellt?

BL26

In OP-Berichten und Arztbriefen wird häufig das ASF/rASRM-Stadium der Endometrioseläsionen angegeben. Falls Ihnen ihr ASF/rASRM-Stadium bekannt ist geben Sie dieses bitte an.

- ☐ Keine angabe
- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ IV

26. Welche ENZIAN-Klassifizierung wurde bei Ihrer Operation festgestellt?

BL27

In OP-Berichten und Arztbriefen wird häufig die ENZIAN-Klassifizierung von Endometrioseläsionen angegeben. Falls Ihnen ihre Klassifizierung bekannt ist geben Sie diese bitte an. (Mehrfachauswahl möglich)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ☐ A1 | ☐ A2 | ☐ A3 |
| ☐ B1 | ☐ B2 | ☐ B3 |
| ☐ C1 | ☐ C2 | ☐ C3 |
| ☐ P1 | ☐ P2 | ☐ P3 |
| ☐ O1 | ☐ O2 | ☐ O3 |
| ☐ T1 | ☐ T2 | ☐ T3 |
| ☐ FA | ☐ FB | ☐ FU |
| ☐ FI | ☐ FO | ☐ keine Angabe |

27. Wir würden gerne mehr darüber erfahren, welche Probleme Sie im letzten Monat hatten, weil Sie sich müde, schwach oder energielos fühlten. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am ehesten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich schon lange müde fühlen, vergleichen Sie sich mit dem Gefühl, als es Ihnen zuletzt gut ging.

CF01

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen pro Zeile an.

Haben Sie Probleme mit Müdigkeit?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Müssen Sie sich häufiger ausruhen?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich müde oder schläfrig?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich kraftlos/ohne Energie?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich schwach?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Machen Sie beim Reden häufig Versprecher?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fällt es Ihnen schwerer, das richtige Wort zu finden?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

28. Beurteilen Sie ihre Gedächtnisleistung

CF02

Wie würden Sie ihre Gedächtnisleistung beurteilen?

besser als sonst	wie üblich	schlechter als sonst	viel schlechter als sonst
------------------------	---------------	----------------------------	------------------------------------

29. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die für Sie aktuell am besten passende Antwort auf der rechten Seite.

Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Meine Muskeln fühlen sich steif und schmerzhaft an.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Angstattacken.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich knirsche oder beiße meine Zähne zusammen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Probleme mit Durchfall und/oder Verstopfung.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich brauche Hilfe bei der Verrichtung meiner Alltagstätigkeiten.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich reagiere empfindlich auf helles Licht.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe am ganzen Körper Schmerzen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Kopfschmerzen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Meine Blase fühlt sich unangenehm an und/oder ich habe Brennen beim Wasserlassen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich schlafe nicht gut.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Hautprobleme, wie z.B. trockene oder juckende Haut oder Hautausschlag.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Stress verstärkt meine körperlichen Beschwerden.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe wenig Energie.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Kieferschmerzen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindlig und übel.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich muss häufig Wasserlassen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Meine Beine fühlen sich unangenehm und ruhelos an, wenn ich versuche nachts einzuschlafen.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich erlitt als Kind traumatische Erlebnisse.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

Ich habe Schmerzen im Beckenbereich.

nie

selten

gelegentlich

oft

immer

30. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

aufgrund von Schmerzen nicht zu geselligen Veranstaltungen gehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen keine Arbeiten im Haus erledigen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten stehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten sitzen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten gehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten Sport treiben oder den Freizeitbeschäftigungen nachgehen können, denen Sie nachgehen möchten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen den Appetit verloren und/oder nicht essen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nicht gut schlafen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen ins Bett gehen/sich hinlegen müssen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nicht die Dinge tun können die Sie tun wollten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich nicht in der Lage gefühlt, mit dem Schmerzen umzugehen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich allgemein Unwohl gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich frustriert gefühlt, weil die Symptome nicht besser werden?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie Ihre Symptome nicht kontrollieren können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich nicht in der Lage gefühlt, die Symptome zu vergessen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihre Symptome Ihr Leben bestimmen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihre Symptome Ihnen Ihr Leben wegnehmen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich niedergeschlagen gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich weinerlich/den Tränen nahe gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich elend gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

an Stimmungsschwankungen gelitten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich schlecht gelaunt oder reizbar gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich angriffslustig oder aggressiv gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

Sie sich nicht in der Lage gefühlt, anderen zu erklären, wie Sie sich fühlen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass andere nicht verstehen, was Sie durchleiden?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass andere glauben, Sie jammern?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich alleine Gefühlt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie nicht immer die Kleidung tragen können, die Sie gerne auswählen würden?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihr Aussehen beeinflusst wurde?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

weniger Selbstbewusstsein gehabt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

31. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

EM02

auf der Arbeit eine Auszeit nehmen müssen?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Ihren Aufgaben am Arbeitsplatz nicht nachkommen können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich wegen der Symptome auf der Arbeit beschämt/schuldig gefühlt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

schuldig gefühlt, weil Sie sich eine Auszeit von der Arbeit genommen haben?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Angst gehabt, Ihren Job nicht erledigen zu können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

32. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

EM03

Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr gehabt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Sorgen gehabt, Geschlechtsverkehr zu haben?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Geschlechtsverkehr wegen der Schmerzen vermieden?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich schuldig gefühlt, weil Sie keinen Geschlechtsverkehr haben wollten?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie den Geschlechtsverkehr nicht genießen können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

33. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

GA01

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten zu entspannen	☐	☐	☐	☐
Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐	☐	☐	☐

PD02

34. Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

Familiäre und häusliche Verpflichtungen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Erholung**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Soziale Aktivitäten**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater – und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Beruf**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint sind auch Tätigkeiten im Haushalt)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Sexualleben**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Selbstversorgung**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung**Lebensnotwendige Tätigkeiten**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

keine
Beeinträchtigung
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
völlige
Beeinträchtigung

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung (janosch-willem.kratz@charite.de)

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

[Janosch Kratz](#) – 2023