

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

1. Wie **stark** beeinträchtigt die Erkrankung Ihr Leben? Kreisen Sie eine Antwort ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Überhaupt keine Beeinträchtigung

sehr starke Beeinträchtigung

2. Wie **lange**, meinen Sie, wird Ihre Krankheit noch andauern?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nur noch kurz.

Für immer.

3. Wie sehr können/könnten Sie Ihre Erkrankung selbst **kontrollieren**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Kontrolle

volle Kontrolle

4. Wie gut meinen Sie, dass diese **Behandlung** bei Ihrer Erkrankung **hilft**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht

sehr gut

5. Wie **stark** sind die **Beschwerden** durch Ihre Erkrankung?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Beschwerden

starke Beschwerden

6. Wie sehr **sorgen** Sie sich über Ihre Krankheit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt keine Sorgen

starke Sorgen

7. Wie gut denken Sie, Ihre Erkrankung zu **verstehen**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht

total verstanden

8. Wie stark sind Sie durch Ihre Erkrankung **gefühlsmäßig beeinträchtigt**?  
(ärgerlich, verängstigt, aufgewühlt oder niedergeschlagen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht

stark beeinträchtigt

9. Bitte schreiben Sie die drei **wichtigsten Gründe** auf, die Ihrer Meinung nach Ihre Erkrankung verursachen.

Name:..... Alter:..... Datum:.....