# EuroQol EQ-5D

siris
schweizerisches implantat-register
registre suisse des implants

# Patientenfragebogen 2014

**Anweisungen**
- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

**Fragetypen**
- ( ) nur 1 Antwort erlaubt
- [ ] mehrere Antworten erlaubt
- Pflichtangaben

*Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.*

| | | |
|---|---|---|
| Nachname | Amtlicher erster Vorname | Geschlecht *m / w* |
| Strasse | | Pat.-Nr. *(klinikintern)* |
| Land | Postleitzahl | Wohnort |
| Sozialversicherungsnr. (AHV) | | Geburtstag (TT.MM.JJJJ) |
| Geburtsnachname | Geburtsort | Geburtsland *(wenn nicht CH)* |

Angabe empfohlen

## Generell

### Untersuchung/Datum

**Tag** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)

**Monat** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) **Jahr** (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)

### Untersuchungszeitpunkt (nach Eingriff)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) vor Eingriff | ( ) 6 Wochen | ( ) 1 Jahr | ( ) 5 Jahre | ( ) 9 Jahre | ( ) 13 Jahre |
| ( ) (bei Entlassung) | ( ) 3 Monate | ( ) 2 Jahre | ( ) 6 Jahre | ( ) 10 Jahre | ( ) 14 Jahre |
| | ( ) 6 Monate | ( ) 3 Jahre | ( ) 7 Jahre | ( ) 11 Jahre | ( ) 15 Jahre |
| | ( ) 9 Monate | ( ) 4 Jahre | ( ) 8 Jahre | ( ) 12 Jahre | ( ) >15 Jahre..... |

*Spezifizieren Sie (Jahre)*

## Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben:

### Beweglichkeit/ Mobilität

( ) ich habe keine Probleme herumzugehen
( ) ich habe einige Probleme herumzugehen
( ) ich bin ans Bett gebunden

### Für sich selbst sorgen

( ) ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
( ) ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
( ) ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

### Allgemeine Tätigkeiten

( ) ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
( ) ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
( ) ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

### Schmerzen/ körperliche Beschwerden

( ) ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
( ) ich habe einige Schmerzen oder Beschwerden
( ) ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

### Angst/ Niedergeschlagenheit

( ) ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
( ) ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
( ) ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

### Visuelle Analogskala (VAS) zum Gesundheitszustand

Bitte kreuzen Sie die Stelle auf der Linie an, die Ihren Gesundheitszustand am besten beschreibt.

**Schlechtest denkbarer Gesundheitszustand** — **Best denkbarer Gesundheitszustand**

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

*Copyright MEMdoc, 2014 All rights reserved*