



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum der Befragung:

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Geben Sie bitte an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine der genannten Beschwerden nicht haben, geben Sie bitte „keine“ an.

**1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens**

(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**6. Reizbarkeit**

(Agressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**2. Gelenk- und Muskelbeschwerden**

(Kreuz-, Gelenk-, Glieder- oder Rückenschmerzen)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**7. Nervosität**

(innere Anspannung, innere Unruhe, nicht still sitzen können)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**3. Starkes Schwitzen**

(unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen, unabhängig von Belastung)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**8. Ängstlichkeit**

(Panik)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**4. Schlafstörungen**

(Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**9. Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft**

(allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl, weniger zu schaffen bzw. zu erreichen)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**5. Erhöhtes Schlafbedürfnis**

(häufige Müdigkeit)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

**10. Abnahme der Muskelkraft**

(Schwächegefühl)

- keine  1
- leichte  2
- mittlere  3
- starke  4
- sehr starke  5

