

Patient/in:

Vorname Familienname

Geb-Datum

Erhebungsdatum: _____

Sehr geehrte Frau, Sehr geehrter Herr.

Diesen Fragebogen können sie auch über einen geschützten Bereich im Internet ausfüllen Dazu bekommen Sie von uns einen Zugangscode.

Sie können aber auch diese Papier-Bleistift Variante ausfüllen und beim nächsten Haus-Besuch von Armin Rebernick ihm geben.

Es gibt keine richtigen oder falschen Fragen,
es zählt einzig und allein Ihre Meinung und ihre Sichtweise.

Bitte sorgen Sie dafür 15-20 Minuten ungestört zu sein, und schon kann es losgehen. Horchen Sie in sich hinein

- Wie waren die letzten Tage?
- Bitte kreuzen Sie an, so wie es Ihnen am besten entspricht.

Bitte anonym weiter auf Seite 2

1 Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung (CFS)

1. Ich spüre eine unerklärliche, andauernde körperliche und/oder mentale Erschöpfung und eine erhebliche Reduktion meines Aktivitätsniveaus.

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|-------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |
|----------|--------|----------|-----|-------|

2. Ich spüre Erschöpfung, Verstärkung eines schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung, mit einer verzögerten Erholungsphase (meist mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern)

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|-------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |
|----------|--------|----------|-----|-------|

3. Diese Symptome werden durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|-------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |
|----------|--------|----------|-----|-------|

4. In diesem Zustand befinde ich mich seit:

- < 1 monat
- < 3 Monate
- < 6 Monate
- Schon länger als 6 Monate

2 Schlafstörungen

Bezüglich Schlaf gab es in der letzten Woche ...

(mehrere Antworten möglich, Zutreffendes ankreuzen)

- Einschlafstörungen, Ja/Nein
- Durchschlafstörungen Ja/Nein
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus Ja/Nein
- Schlaf führt zu keiner Erholung Ja/Nein

3 Schmerzen

Ich leide aktuell unter

5. Gelenkschmerzen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

6. Muskelschmerzen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

7. Kopfschmerzen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
| | | | | |

4 Konzentration / Kognition

Bitte fühlen Sie in sich hinein, und kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft:

8. Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses
Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

9. Wortfindungsstörungen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

10. Lesestörungen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

11. Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

12. Desorientierung oder Verwirrung

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

13. Bewegungskordinationsstörungen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

14. Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (zB Licht, Lärm), zu viel Stress

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

5 Wie Fit bin ich - fühle ich mich

15. Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

16. Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

17. Schwindel und Benommenheit

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

18. Extreme Blässe

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

19. Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

20. Blasenstörungen

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

21. Palpitation (Herzklopfen)

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

22. Atemnot bei leichter Belastung

| | | | | |
|----------|--------|----------|-----|---------|
| Nein/Nie | Selten | Manchmal | Oft | ständig |
|----------|--------|----------|-----|---------|

Bitte weiter auf der nächsten Seite

6 Wie "tickt" mein Körper? - (Neuroendokrine Symptome)

23. Ich empfinde meine Anpassung der Körpertemperatur als gestört

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

24. Ich schwitze, bzw. habe ein fiebriges Gefühl

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

25. Ich kann Hitze oder Kälte nicht gut vertragen

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|--------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig r |
|---------------------|-----------|----------------|--------------|

26. Kalte Extremitäten, (kalte Hände oder Füße)

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

27. Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit (Heißhunger-Attacken)

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

28. Gewichtsabnahme (Appetitlosigkeit)

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

29. Stress ist schlechter zu verarbeiten Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

| | | | |
|---------------------|-----------|----------------|------------|
| sicher unzutreffend | eher Nein | JA schon etwas | JA ständig |
|---------------------|-----------|----------------|------------|

7 Immunologische Manifestationen

Aktuell – wenn ich an die letzte Woche denke – trifft folgendes zu ...

(mehrere Antworten möglich, Zutreffendes ankreuzen)

Schmerzhaftes Lymphknoten.

Wiederkehrende Halsschmerzen.

Neue Allergien/ Bereits bestehende Allergien haben sich verändert.

Grippe Ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl.

Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien, Wissen Sie welche: _____

Bitte denken Sie an die letzte Woche, Was trifft wie stark zu?

| 8 Erschöpfung ? | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich fühle mich psychisch erschöpft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alles was ich tue, kostet mich große Mühe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Am Ende des Tages fällt es mir schwer Erholung zu finden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle ich mich körperlich erschöpft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich morgens aufstehe, fehlt mir die Energie einen neuen Tag zu beginnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich will aktiv sein, aber irgendwie schaffe ich es nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ich mich anstrenge, werde ich schneller müde als gewöhnlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Am Ende des Tages fühle ich mich psychisch erschöpft und ausgelaugt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 9 Konzentration - kognitive Kontrolle | Sicher nicht | kaum | Manchmal | oft | ständig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe Mühe, aufmerksam zu bleiben* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es fällt mir schwer, klar zu denken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin vergesslich und leicht ablenkbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Mühe, mich zu konzentrieren* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich mache Fehler, weil ich in Gedanken bei anderen Dingen bin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 10 Emotionale Kontrolle | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe ich das Gefühl, keine Kontrolle über meine Emotionen zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich erkenne mich selbst nicht wieder in der Art, wie ich emotional reagiere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin schnell gereizt, wenn Dinge nicht so laufen wie ich will | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich werde wütend oder traurig, ohne zu wissen warum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es kommt vor, dass ich emotional überreagiere, ohne es zu wollen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Psychischer Stress | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
| Ich habe Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich neige dazu, mir Sorgen zu machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich angespannt und gestresst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich ängstlich oder leide an Panikattacken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lärm oder Menschenmengen stören mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Körperliche Beschwerden | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
| Ich leide an Herzrasen oder Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Magen- oder Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Muskelschmerzen, zum Beispiel in Nacken, Schulter oder Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich werde oft krank | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fertig!

Danke für Ihre Mitwirkung