

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Fragebogen zu Aktivitäten des täglichen Lebens

Einführung

Die folgenden Fragebögen beschreiben allgemein verbreitete Tätigkeiten des täglichen Lebens. Lesen Sie bitte die Fragen sorgfältig und kreuzen Sie die zutreffende Spalte an, ob Sie aktuell die Tätigkeit ausführen, ob Sie die beschriebene Tätigkeit nicht mehr ausführen aber in der Vergangenheit ausgeführt haben oder ob Sie noch nie die Tätigkeit ausgeführt haben.

Kreuzen Sie die Spalte an „**führe weiterhin aus**“, falls Sie die Tätigkeit ohne Hilfe bei dem letzten Mal, bei dem Sie diese ausführen mußten bzw. die Gelegenheit dazu hatten, auch tatsächlich ausgeführt haben.

Kreuzen Sie die Spalte an „**führe nicht mehr aus**“, falls Sie die Tätigkeit ohne Hilfe in der Vergangenheit ausgeführt haben und aktuell nicht mehr in der Lage sind diese auszuführen, obwohl Sie die Gelegenheit dazu hatten.

Kreuzen Sie die Spalte an „**habe es noch nie getan**“, falls Sie die Tätigkeit noch nie ausgeführt haben.

Haben Sie bitte Verständnis für den Umfang der Fragen und den Fakt, daß ein Teil der Fragen für Sie nicht zu trifft. Wir bitten Sie trotzdem **alle** Fragen zu beantworten. Der Test wurde entwickelt, einen möglichst breiten Aktivitätsbereich (von überwiegend pflegebedürftig bis tägliches „Joggen“) zu erfassen.

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Fragen zu Aktivitäten des täglichen Lebens:

	<i>Diese Tätigkeit führe ich weiterhin aus</i>	<i>Diese Tätigkeit führe ich nicht mehr aus</i>	<i>Diese Tätigkeit habe ich noch nie ausgeführt</i>
1. In einen Sessel bzw. auf einen Stuhl oder ins Bett gelangen und wieder aufstehen (ohne Hilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Radio hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bücher, Magazine oder Zeitungen lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schreiben (Briefe, Notizen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. An einem Schreibtisch oder Tisch arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Frei stehen (länger als 1 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Frei stehen (länger als 5 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. An- oder Ausziehen (ohne Hilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bekleidung aus der Kommode bzw. dem Wandschrank holen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In ein Auto einsteigen oder aussteigen (ohne Hilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Im Restaurant essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Karten oder Brettspiele spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ein Bad nehmen (ohne Hilfe zu benötigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Schuhe, Strümpfe oder Socken anziehen (ohne eine Pause zu benötigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ins Kino/in die Kirche gehen oder sich sportlich betätigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 30 m gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 30 m gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sich anziehen/ausziehen (ohne eine Pause zu benötigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Öffentliche Verkehrsmittel benutzen oder Auto fahren (150 km oder weniger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Öffentliche Verkehrsmittel benutzen oder Auto fahren (150 km oder mehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sich das Essen selbst zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Geschirr abwaschen oder abtrocknen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lebensmittel ins Regal stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wäsche bügeln oder legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Möbel oder Auto polieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Treppen steigen – 6 Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Treppen steigen – 6 Stufen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Treppen steigen – 9 Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Treppen steigen – 12 Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 50 m auf ebenem Gelände gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 50 m auf ebenem Gelände gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

	<i>Diese Tätigkeit führe ich weiterhin aus</i>	<i>Diese Tätigkeit führe ich nicht mehr aus</i>	<i>Diese Tätigkeit habe ich noch nie ausgeführt</i>
33. Das Bett machen(ohne Laken zu wechseln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Fenster putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Knien oder hocken, um leichte Arbeiten zu verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Leichte Einkaufstaschen tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Treppen steigen – 9 Stufen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Treppen steigen – 12 Stufen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 50 m bergauf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. 50 m bergauf gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Einkäufe selbst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Kleidung selbst waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. 100 m auf ebenem Gelände gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. 200 m auf ebenem Gelände gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. 100 m auf ebenem Gelände gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. 200 m auf ebenem Gelände gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wischen bzw. Abseifen (Fußböden, Wände oder Autos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Das Bett machen (einschl. Laken wechseln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Kehren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kehren (5 min ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Einen großen Koffer tragen oder Bowling (eine Runde) spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Staub saugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Staub saugen (5 min – ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Malerarbeiten durchführen (innen/außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. 600 m auf ebenem Gelände gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. 600 m auf ebenem Gelände gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Müll zur Mülltonne bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Schwere Einkaufstaschen tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Treppen steigen – 24 Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Treppen steigen – 36 Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Treppen steigen – 24 Stufen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Treppen steigen – 36 Stufen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. 1,5 km gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. 1,5 km gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. 100 m laufen oder Softball/Baseball spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

	<i>Diese Tätigkeit führe ich weiterhin aus</i>	<i>Diese Tätigkeit führe ich nicht mehr aus</i>	<i>Diese Tätigkeit habe ich noch nie ausgeführt</i>
67. Fitness-Übungen machen oder Aerobic (5 min ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Rasen mähen (Motor-Rasenmäher, kein Rasentraktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. 3 km gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. 3 km gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Treppen steigen – 50 Stufen (2 1/2 Stockwerke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Gartenarbeit mit Schaufel oder Spaten verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Gartenarbeit mit Schaufel oder Spaten verrichten (5 min ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Treppen steigen - 50 Stufen ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. 5 km gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. 5 km gehen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. 25 m schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. 25 m schwimmen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. 1,5 km Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. 3 km Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. 1,5 km Radfahren (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. 3 km Radfahren (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. 400 m laufen oder joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. 800 m laufen oder joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Tennis oder Squash spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Basketball oder Fußball spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. 400 m laufen oder joggen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. 800 m laufen oder joggen (ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. 1,5 km laufen oder joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. 3 km laufen oder joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. 5 km laufen oder joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. 1,5 km laufen oder joggen in 12 min oder weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. 3 km laufen oder joggen in 20 min oder weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. 5 km laufen oder joggen in 30 min oder weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Chronische GvHD Symptom-Skala

Bitte lassen Sie uns wissen, ob bei Ihnen eine bzw. mehrere der unten stehenden Störungen/Veränderungen im **letzten Monat** aufgetreten sind. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

gar nicht leicht mäßig ziemlich stark extrem

HAUT:

a.	ungewöhnliche Hautfarbe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	Ausschlag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	verdickte Haut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	Wundsein der Haut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	juckende Haut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

AUGEN UND MUND:

f.	trockene Augen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g.	nutzen Sie häufig Augentropfen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h.	keine klare Sicht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i.	Vermeidung bestimmter Nahrung aufgrund von Schmerzen im Mund	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
j.	Geschwüre im Mund	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
k.	Notwendigkeit der intravenösen Ernährung oder Ernährung über Magensonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ATMUNG:

l.	häufiger Husten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
m.	farbigen Auswurf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
n.	Kurzatmigkeit bei Bewegung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
o.	Kurzatmigkeit im Ruhezustand	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
p.	Benutzung von Sauerstoff	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

NAHRUNGS-AUFNAHME UND VERDAUUNG:

q.	Schwierigkeiten beim Schlucken bei fester Nahrung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
r.	Schwierigkeiten beim Schlucken von Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s.	Erbrechen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
t.	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

MUSKELN UND GELENKE:

u.	Gelenk- und Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
v.	eingeschränkte Gelenkbewegung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
w.	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
x.	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ENERGIE:

y.	Energieverlust (keine Kraft, Müdigkeit, keine Lust)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
z.	erhöhter Schlafbedarf (benötige zusätzlichen Schlaf)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
aa.	Fieber	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

SEELISCH UND EMOTIONAL:

bb.	Depression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
cc.	Angst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dd.	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

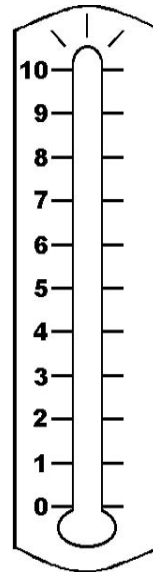
Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

Identifikation: _____

Extrem Belastet

Gar nicht belastet



ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Ocular Surface Disease Index[®] (OSDI[®])²

Bitte beantworten Sie die 12 folgenden Fragen, und kreisen Sie die Antwort in dem jeweiligen Kästchen ein, welche am ehesten auf die Frage zutrifft. Bitte kreuzen Sie „N/A“ an, wenn Sie die betreffende Tätigkeit in den letzten Wochen nie ausgeführt haben oder den beschriebenen Bedingungen nie ausgesetzt waren.

Sind bei Ihnen folgende Symptome während <u>der letzten Woche</u> aufgetreten?	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Nie
1. Lichtempfindliche Augen?	4	3	2	1	0
2. Augenreiben durch Augengrieß?	4	3	2	1	0
3. Schmerzhafte oder wunde Augen?	4	3	2	1	0
4. Verschwommene Sicht?	4	3	2	1	0
5. Mangelhafte/schwache Sicht?	4	3	2	1	0

Haben Sie die Augenprobleme bei der Durchführung der folgenden Aktivitäten, <u>während der letzten Woche</u> , eingeschränkt?	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Nie	N/A
6. Beim Lesen?	4	3	2	1	0	N/A
7. Beim Fahren während der Nacht?	4	3	2	1	0	N/A
8. Beim Arbeiten am Computer oder am Bank- bzw. Geldautomaten?	4	3	2	1	0	N/A
9. Beim Fernsehen schauen?	4	3	2	1	0	N/A

Hatten Sie, <u>während der letzten Woche</u> , in den folgenden Situationen ein unangenehmes Gefühl in den Augen?	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Nie	N/A
10. Bei windigen Umständen?	4	3	2	1	0	N/A
11. An Orten oder Gebieten mit geringer Luftfeuchtigkeit?	4	3	2	1	0	N/A
12. An Orten die klimatisiert sind?	4	3	2	1	0	N/A

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Symptomerfassung bei Patienten bei einer chronischen GvHD

(bitte kreuzen Sie das Zutreffende jeweils an)

Symptome												
Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der folgenden Symptome, die Sie in den letzten 7 Tagen hatten. Bitte kreuzen Sie für jedes Symptom den Schweregrad an von 0 (kein Symptom vorhanden) bis 10 (schwerste Beschwerden)	nicht vorhanden schlechter geht es nicht											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Juckreiz der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mundtrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen im Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Empfindlichkeit d. Mundschleimhaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Augen	Welche Beschwerden haben Sie im Bezug auf Ihre Augen: _____											
	Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 (wobei 0 bedeutet, keine Augenbeschwerden und 10 bedeutet, dass Sie die Augenbeschwerden als sehr schlimm empfinden)						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Genitalsystem (nur bei Frauen)	Haben Sie Brennen, Schmerzen oder andere Beschwerden im Bereich der Scheide oder Schamlippen? ODER Haben Sie Beschwerden oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe					
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich ohne Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> täglich mit Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten											

Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Allgemeineinschätzung des Patienten:

1. Wie würden Sie Ihre Graft versus Host-Krankheit einschätzen?

- 1 = leicht
 2 = mäßig
 3 = schwer

2. Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer GvHD auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 bedeutet, dass Ihre Symptome nicht schwerwiegend und 10 bedeutet, dass Ihre cGvHD-Symptome sehr schwerwiegend sind.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
cGvHD-Symptome nicht schwerwiegend schwerwiegende cGvHD-Symptome

3. Vergleichen Sie Ihre jetzige Situation mit der vor ca. einem Monat. Würden Sie dann sagen, Ihre cGvHD-Symptome sind:

- +3 = sehr viel besser +2 = mäßig besser +1 = ein klein wenig besser 0 = gleich
-1 = ein klein wenig schlechter -2 = mäßig schlechter -3 = sehr viel schlechter

Woran messen Sie den Erfolg oder Mißerfolg der Therapie der GVHD: _____

4. Welches ist das von der GVHD befallene Organ, welches Sie am Stärksten einschränkt:

- Haut Mund Augen Magen/Darm Genital Lunge Gelenke andere: _____

5. Sind Sie der Meinung das die Behandlung der GVHD: reduziert werden kann nicht geändert werden sollte gesteigert werden sollte

6. Welche Einschätzung trifft auf Ihr Allgemeinbefinden am ehesten zu:

- normal, keine Einschränkung täglicher Aktivitäten normale Leistungsfähigkeit aber kleinere Einschränkungen
 Alltagsaktivitäten nur unter Anstrengung möglich versorgen sich selbst; Alltagsaktivitäten aber nur eingeschränkt möglich, Arbeit nicht möglich
 benötigen gelegentlich Hilfe aber können sich weitestgehend selbst versorgen benötigen regelmäßig Hilfe und Pflege sowie häufige medizinische Behandlung
 überwiegend bettlägerig, besondere Hilfe und Unterstützung notwendig erhebliche Einschränkung, Behandlung erfolgt im Krankenhaus
 schwer krank, Behandlung erfolgt im Krankenhaus