Teilnehmer:

Vorname …………. Familienname ………………….

Geb-Datum

Erhebungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau, Sehr geehrter Mann.

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, Sehr geeherter Studienteilnehmer

Diesen Fragebogen können sie auch über einem geschützten Bereich im Internet ausfüllen Dazu benötigen Sie allerdings einen Zugangscode. Sie können aber auch diese Papiervariante ausfüllen und beim nächsten Haus-Besuch des Projektleiters abgeben.

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

Bitte sorgen Sie dafür 15 Minuten ungestört zu sein, und schon kann es losgehen.

* Wie waren die letzten Tage?
* Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an, so wie es Ihnen am besten entspricht.

Bitte weiter auf Seite 2

# Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung (CFS)

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

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

1. 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 |

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

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

1. In diesem Zustand befinde ich mich seit:

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

# 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

# Schmerzen

Ich leide aktuell unter

1. Gelenkschmerzen

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

1. Muskelschmerzen

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

1. Kopfschmerzen

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

# Konzentration / Kognitition

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

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

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

1. Wortfindungsstörungen

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

1. Lesestörungen

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

1. Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen

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

1. Desorientierung oder Verwirrung

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

1. Bewegungskoordinationsstörungen

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

1. 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 |

# Wie Fit bin ich – fühle ich mich

1. Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder “Schwarzwerden vor Augen”

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

1. Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS)

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

1. Schwindel und Benommenheit

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

1. Extreme Blässe

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

1. Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)

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

1. Blasenstörungen

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

1. Palpitation (Herzklopfen)

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

1. Atemnot bei leichter Belastung

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

Bitte weiter auf der nächsten Seite

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

1. Ich empfinde meine Anpassung der Köpertemperatur als gestört

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

1. Ich schwitze, bzw. habe ein fiebriges Gefühl

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

1. Ich kann Hitze oder Kälte nicht gut vertragen

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

1. Kalte Extremitäten, (kalte Hände oder Füße)

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

1. Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit (Heißhunger-Attacken)

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

1. Gewichtsabnahme (Appetitlosigkeit)

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

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

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

# Immunologische Manifestationen

Aktuell – wenn ich an die letzte Woche denke – trifft folgendes zu …   
(mehrere Antworten möglich, Zutreffendes ankreuzen)

⬜ Schmerzhafte Lymphknoten.

⬜ Wiederkehrende Halsschmerzen.

⬜ Neue Allergien/ Bereits bestehende Allergien haben sich verändert.

⬜ Grippe Ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl.

⬜ Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Konzentration – kognitive Kontrolle | Sicher nicht | kaum | Manchmal | oft | ständig |
| Ich habe Mühe, aufmerksam zu bleiben\* | □ | □ | □ | □ | □ |
| Es fällt mir schwer, klar zu denken | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich bin vergesslich und leicht ablenkbar | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich habe Mühe, mich zu konzentrieren\* | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich mache Fehler, weil ich in Gedanken bei anderen Dingen bin | □ | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Emotionale Kontrolle | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
| Ich habe ich das Gefühl, keine Kontrolle über meine Emotionen zu haben | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich erkenne mich selbst nicht wieder in der Art, wie ich emotional reagiere | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich bin schnell gereizt, wenn Dinge nicht so laufen wie ich will | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich werde wütend oder traurig, ohne zu wissen warum | □ | □ | □ | □ | □ |
| Es kommt vor, dass ich emotional überreagiere, ohne es zu wollen | □ | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Psychischer Stress | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
| Ich habe Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich neige dazu, mir Sorgen zu machen | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich fühle mich angespannt und gestresst | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich fühle mich ängstlich oder leide an Panikattacken | □ | □ | □ | □ | □ |
| Lärm oder Menschenmengen stören mich | □ | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Körperliche Beschwerden | Sicher nicht | Kaum | Manchmal | Oft | Ständig |
| Ich leide an Herzrasen oder Brustschmerzen | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich leide an Magen- oder Darmbeschwerden | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich leide an Kopfschmerzen | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich leide an Muskelschmerzen, zum Beispiel in Nacken, Schulter oder Rücken | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ich werde oft krank | □ | □ | □ | □ | □ |

Danke für Ihre Mitwirkung