

Severe Respiratory Insufficiency Questionnaire

SRI

Patienten-Fragebogen zur Befindlichkeit bei Schwerer Respiratorischer Insuffizienz

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind wegen Ihrer Atemstörung bei uns in Behandlung. Zur Beurteilung Ihrer aktuellen Befindlichkeit bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen zu beantworten. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die zutreffende Antwort mit nur einem Kreuz markieren. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Für eventuelle Rückfragen steht Ihnen Ihr Stationsarzt zur Verfügung.

Code Nummer:

SRI

Im folgenden geht es um Ihr Allgemeinbefinden. Sie finden Aussagen zu verschiedenen Aspekten des täglichen Lebens.

Wie erging es Ihnen **in der letzten Woche**? Bitte kreuzen Sie bei JEDER Aussage die Antwort an, die auf Sie persönlich am besten zutrifft.

| | trifft gar nicht zu - 2 | trifft wenig zu - 1 | trifft teils-teils zu 0 | trifft ziemlich zu 1 | trifft völlig zu 2 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Treppensteigen fällt mir schwer. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Ich habe beim Essen Luftnot. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Ich kann abends ausgehen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Mir ist oft elend zumute. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. Auch ohne körperliche Anstrengung habe ich Luftnot. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6. Ich habe häufig Kopfschmerzen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. Ich habe viele Freunde und Bekannte. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ich mache mir Sorgen, daß sich meine Krankheit verschlimmert. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ich kann gut einschlafen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 10. Ich kann gut mit anderen Menschen umgehen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 11. Mir ist manchmal schwindelig. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 12. Ich wache nachts mit Luftnot auf. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 13. Ich habe Angst vor nächtlicher Atemnot. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 14. Ich habe häufig Nackenschmerzen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 15. Ich bin stark an zu Hause gebunden. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 16. Hausarbeiten fallen mir schwer. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

SRI

Wie erging es Ihnen **in der letzten Woche**? Bitte kreuzen Sie bei JEDER Aussage die Antwort an, die auf Sie persönlich am besten zutrifft.

| | trifft gar nicht zu - 2 | trifft wenig zu - 1 | trifft teils-teils zu 0 | trifft ziemlich zu 1 | trifft völlig zu 2 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 17. Nachts wache ich oft auf. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 18. Ich kann gut durchschlafen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 19. Ich bin oft kurzatmig. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 20. Ich sehe der Zukunft positiv entgegen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 21. Ich habe das Gefühl, einsam zu sein. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 22. Ich habe beim Sprechen Atemnot. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 23. Besuch strengt mich sehr an. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 24. Ich huste viel. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 25. Meine Atemwege sind häufig verschleimt. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 26. Ich vermeide Situationen, in denen ich mich wegen meiner Atembeschwerden blamieren könnte. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 27. Ich fühle mich bei meinen Freunden / Bekannten wohl. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 28. Ich habe Angst vor einer Luftnot-attacke. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 29. Ich habe Atemnot bei körperlicher Belastung. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 30. Ich bin von den Einschränkungen durch meine Krankheit genervt. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 31. Meine Ehe/Partnerschaft leidet unter meiner Krankheit. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 32. Ich kann einkaufen gehen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 33. Ich kann allen Hobbys nachgehen, die mich interessieren. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

SRI

Wie erging es Ihnen *in der letzten Woche*? Bitte kreuzen Sie bei JEDER Aussage die Antwort an, die auf Sie persönlich am besten zutrifft.

| | trifft gar nicht zu - 2 | trifft wenig zu - 1 | trifft teils-teils zu 0 | trifft ziemlich zu 1 | trifft völlig zu 2 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 34. Ich fühle mich oft gereizt. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 35. Wegen meiner Krankheit ist der Kontakt zu Freunden / Bekannten eingeschränkt. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 36. Ich freue mich über mein Leben. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 37. An geselligen Veranstaltungen kann ich teilnehmen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 38. Ich bin häufig traurig. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 39. Meine Atembeschwerden stören mich in der Öffentlichkeit. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 40. Ich bin oft nervös. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 41. Ich kann mich alleine anziehen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 42. Ich bin tagsüber müde. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 43. Ich fühle mich isoliert. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 44. Ich komme gut mit meiner Krankheit zurecht. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 45. Meine Atembeschwerden behindern mich bei normalen Alltagsanforderungen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 46. Mein Familienleben ist durch die Krankheit belastet. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 47. Wegen meinen Atembeschwerden habe ich den Kontakt zu anderen Menschen abgebrochen. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 48. Meine Freizeitmöglichkeiten sind eingeschränkt. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 49. Ich bin mit meinem Leben im allgemeinen zufrieden. | <input type="checkbox"/> - 2 | <input type="checkbox"/> - 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Vielen Dank!