

HPQ 28 - Fragebogen für Hypoparathyreodismus

Nummer: PI-00895

Name: _____ Datum: _____

Dieser Fragebogen enthält verschiedene Fragen zu Symptomen und Beschwerden, die im Rahmen einer Nebenschilddrüsenunterfunktion auftreten können.

Bitte überlegen Sie bei jeder Frage, welche Antwort auf Sie am besten zutrifft und machen Sie ein Kreuz im entsprechenden Feld. Beantworten Sie bitte jede Frage.

Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen unter... ?	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark
1. ...Taubheit oder Kribbeln in bestimmten Körperteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Gedächtnisschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Kreuz- und Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Muskelzittern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Herzklopfen oder Herzrasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...Gelenk- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...Selbstvorwürfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...Übelkeit oder Magenverstimmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...innerer Anspannung und Unruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...Bauchschmerzen oder Bauchkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...Hitzewallungen oder Kälteschauern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...sorgenvollen Gedanken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...Nacken- oder Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...Schwermut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...Schwächegefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...Schwindelgefühlen oder dem Gefühl in Ohnmacht zu fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...Entscheidungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...Muskelkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen beeinträchtigt gefühlt durch... ?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
21. ...weniger Interesse und Freude an Ihren Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im nächsten Abschnitt stellen wir Ihnen einige Fragen zur Lebensqualität. Die Antwort "gar nicht" bedeutet bei diesen Fragen, dass Sie in Ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt sind. Die Antwort "sehr" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie wenige oder kaum Einschränkungen bezüglich Ihres Wohlbefindens haben.

Inwiefern...	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
23. ...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen energiegeladener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen körperlich fit und vital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...hatten Sie die letzten vier Wochen Freude an Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...waren Sie in den letzten vier Wochen ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ...waren Sie in den letzten vier Wochen glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Gab es in den letzten 4 Wochen belastende psychische Ereignisse? ja nein

Wenn ja welche? _____

2. Waren Sie seit Ihrem letzten Termin bei uns im Krankenhaus? ja nein

Wenn ja weshalb? _____

3. Hatten sie seit Ihrem letzten Termin Probleme mit:

Nierensteinen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen ja nein

Herzkrankungen ja nein

Krampfanfällen ja nein

Infekten ja nein

Wenn ja welche? _____

4. Hatten Sie seit Ihrem letzten Termin Probleme beim Sehen? ja nein

ja welche? _____

5. Wie ist Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?

normal arbeitend krankgeschrieben arbeitssuchend berentet

anderes: _____

6. Halten Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten oder Diäten ein? ja nein

Wenn ja welche? _____

7. Gibt es noch etwas das Sie uns mitteilen wollen?
