

Zeitpunkt nach OP:

- ___ Monate
- 1 Jahr
- 2 Jahre
- 5 Jahre

betroffene Seite:

- rechts
- links

Patientenetikett

Technologie (wird von der Klinik/Praxis ausgefüllt)

MAKO

Manuell

Navigiert

Prothesenart (wird von der Klinik/Praxis ausgefüllt)

Total

Med Hemi

Lat Hemi

PFJ

Bi-Uni

Nachuntersuchungsfragebogen Knieteil- und Totalprothesen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei ihnen wurde vor einiger Zeit eine Knieprothesenimplantation durchgeführt. Wie angekündigt wollen wir nunmehr ihren Rehabilitationsverlauf anschauen und analysieren. Deshalb bitten wir sie noch einmal den angehängten Bogen auszufüllen. Diesen Status können wir dann im Verlauf mit den Daten aus vor der Operation vergleichen.

Bitte beachten sie: Diese Scores sind nur auswertbar, wenn Sie **alle Fragen beantworten. Deshalb möchten wir Sie bitten, dies am Ende auf jeden Fall noch einmal zu kontrollieren. Ausserdem müssen sie bitte den Bogen am Ende unterschreiben.**

Vielen Dank

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

1- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit der Stärke Ihrer Knieschmerzen beim Sitzen?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Neutral
 Unzufrieden
 Sehr unzufrieden

2- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit der Stärke Ihrer Knieschmerzen beim Liegen im Bett?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Neutral
 Unzufrieden
 Sehr unzufrieden

3- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrer Kniefunktion beim Aufstehen aus dem Bett?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Neutral
 Unzufrieden
 Sehr unzufrieden

4- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrer Kniefunktion beim Verrichten von leichten Hausarbeiten?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Neutral
 Unzufrieden
 Sehr unzufrieden

5- Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrer Kniefunktion bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Neutral
 Unzufrieden
 Sehr unzufrieden

PATIENTENERWARTUNGEN

Im Vergleich zu Ihren Erwartungen vor der Operation:

1- Meine Erwartungen in Bezug auf Schmerzlinderung waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

2- Meine Erwartungen in Bezug auf die Durchführung normaler Alltagstätigkeiten waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

Im Vergleich mit Ihren Erwartungen vor der Operation:

3- Meine Erwartungen in Bezug auf die Ausübung von Freizeitaktivitäten und Sportaktivitäten waren...

<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es viel schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Zu hoch - „Mir geht es etwas schlechter als erwartet“	<input type="radio"/> Genau richtig - „Meine Erwartungen wurden erfüllt“
<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es etwas besser als erwartet“	<input type="radio"/> Zu niedrig - „Mir geht es deutlich besser als erwartet“	

Knee and Osteoarthritis Outcome Score

Dieser Ankreuzbogen befragt Sie, welchen Eindruck Sie von Ihrem Knie haben. Die dadurch gewonnene Information wird uns helfen zu überwachen, wie es Ihnen mit Ihrem Knie geht und wie gut Sie in der Lage sind, Ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten.

Beantworten Sie bitte jede Frage durch ankreuzen des zugehörigen Kästchens. Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen. Wenn Sie sich unsicher sind, wie Sie die Frage beantworten sollen, wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am zutreffendsten erscheint.

Symptome						
Diese Fragen beziehen sich auf Beschwerden von Seiten Ihres Kniegelenkes in der vergangenen Woche .						
S1	Haben Sie Schwellungen an Ihrem Knie?	Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
S2	Fühlen Sie manchmal ein Mahlen, hören Sie manchmal ein Klicken oder irgendein Geräusch, wenn Sie Ihr Knie bewegen?	Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
S3	Bleibt Ihr Knie manchmal hängen, oder blockiert es, wenn Sie es bewegen?	Niemals <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>
S4	Können Sie Ihr Knie ganz ausstrecken?	Immer <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
S5	Können Sie Ihr Knie ganz beugen?	Immer <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Steifigkeit						
Die nachfolgenden Fragen betreffen die Steifigkeit Ihres Kniegelenkes während der letzten Woche . Unter Steifigkeit versteht man ein Gefühl der Einschränkung oder Verlangsamung der Fähigkeit Ihr Kniegelenk zu bewegen. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der letzten Woche erfahren haben.						
S6	Wie stark ist Ihre Kniesteifigkeit morgens direkt nach dem Aufstehen?	Keine <input type="checkbox"/>	Schwach <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>
S7	Wie stark ist Ihre Kniesteifigkeit nach dem Sie saßen, lagen, oder sich ausruhten im Verlauf des Tages ?	Keine <input type="checkbox"/>	Schwach <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>

Schmerzen:					
P1	Wie oft tut Ihnen Ihr Knie weh?				
	Niemals	Monatlich	Wöchentlich	Täglich	Immer
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche als Sie z.B.:					
P2	sich im Knie drehen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P3	Ihr Knie ganz ausstrecken?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P4	Ihr Knie ganz beugen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P5	auf ebenem Boden gehen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P6	Treppen herauf oder heruntergehen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P7	nachts im Bett liegen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P8	saßen oder lagen, z. B. auf der Couch?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P9	aufrecht standen?				
	Keine	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Aktivitäten des täglichen Lebens

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Leistungsfähigkeit. Hierunter verstehen wir Ihre Fähigkeit sich selbständig zu bewegen bzw. sich selbst zu versorgen. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der **letzten Woche** erfahren haben.

Welche Schwierigkeiten hatten Sie **letzte Woche** als Sie z. B.:

A1	Treppen herunterstiegen?				
	Keine	Wenig	Einige	Große	Sehr große
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A2	Treppen hinaufstiegen?				
	Keine	Wenig	Einige	Große	Sehr große
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A3	vom Sitzen aufstanden?				
	Keine	Wenig	Einige	Große	Sehr große
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Welche Schwierigkeiten hatten Sie letzte Woche als Sie z. B.:						
A4	standen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A5	sich bückten um z. B. etwas vom Boden aufzuheben?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A6	auf ebenen Boden gingen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A7	ins Auto ein- oder ausstiegen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A8	einkaufen gingen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A9	Strümpfe/Socken anzogen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A10	vom Bett aufstanden?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A11	Strümpfe/Socken auszogen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A12	im Bett lagen und sich drehten, ohne das Knie dabei zu beugen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A13	in oder aus der Badewanne kamen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A14	saßen?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A15	sich auf die Toilette setzten oder aufstanden?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A16	schwere Hausarbeit verrichteten (schrubben, Garten umgraben, ...)?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4
A17	leichte Hausarbeit verrichteten (Staub wischen, kochen, ...)?	Keine 0	Wenig 1	Einige 2	Große 3	Sehr große 4

Sport und Freizeit

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Belastbarkeit im Rahmen eher sportlicher Aktivitäten. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten sollen Sie das Ausmaß der Schwierigkeiten angeben, welche Sie durch Ihr Kniegelenk innerhalb der **letzten Woche** erfahren haben.

Hatten Sie Schwierigkeiten **letzte Woche** als Sie z. B.:

SP1 in die Hocke gingen?

Keine 0 Wenig 1 Einige 2 Große 3 Sehr große 4

SP2 rannten?

Keine 0 Wenig 1 Einige 2 Große 3 Sehr große 4

SP3 hüpfen?

Keine 0 Wenig 1 Einige 2 Große 3 Sehr große 4

SP4 sich auf Ihrem kranken Knie umdrehen?

Keine 0 Wenig 1 Einige 2 Große 3 Sehr große 4

SP5 sich hinknieten?

Keine 0 Wenig 1 Einige 2 Große 3 Sehr große 4

Lebensqualität

Q1 Wie oft spüren Sie Ihr erkranktes Knie?

Nie 0 Monatlich 1 Wöchentlich 2 Täglich 3 Immer 4

Q2 Haben Sie Ihre Lebensweise verändert um eventuell Ihrem Knie schadende Tätigkeiten zu vermeiden?

Nicht 0 Wenig 1 Etwas 2 Stark 3 Vollständig 4

Q3 Wie sehr macht es Ihnen zu schaffen, dass Ihr Knie nicht stabil ist?

Gar nicht 0 Wenig 1 Einiges 2 Schlimm 3 Sehr schlimm 4

Q4 Wie würden Sie insgesamt die Schwierigkeiten bewerten, die Sie durch das Knie haben?

Keine 0 Wenig 1 Etwas 2 Große 3 Sehr große 4

Oxford Knee Score

Bitte beantworten Sie die folgenden 12 Fragen, dabei geht es darum wie es Ihnen **in den letzten** 4 Wochen mit Ihrem operierten Knie ging.

Während der letzten 4 Wochen.....	
1. Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben, die Sie üblicherweise in Ihrem Knie hatten?	2. Hatten Sie wegen Ihrem Knie Schwierigkeiten, sich selbst zu waschen und abzutrocknen (am ganzen Körper)?
<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Überhaupt keine Schwierigkeiten
<input type="radio"/> Sehr gering	<input type="radio"/> Sehr geringe Schwierigkeiten
<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> Mäßige Schwierigkeiten
<input type="radio"/> Mäßig	<input type="radio"/> Extreme Schwierigkeit
<input type="radio"/> Stark	<input type="radio"/> Unmöglich zu tun
3. Hatten Sie wegen Ihrem Knie Schwierigkeiten, in ein bzw. aus einem Auto zu steigen oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? (welches Sie eher benutzen)	4. Wie lange konnten Sie gehen, bevor Sie starke Schmerzen in Ihrem Knie bekamen (mit oder ohne Stock)?
<input type="radio"/> Überhaupt keine Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Keine Schmerzen /> 30 Minuten
<input type="radio"/> Sehr geringe Schwierigkeiten	<input type="radio"/> 16 bis 30 Minuten
<input type="radio"/> Mäßige Schwierigkeiten	<input type="radio"/> 5 bis 15 Minuten
<input type="radio"/> Extreme Schwierigkeit	<input type="radio"/> Nur zu Hause
<input type="radio"/> Unmöglich zu tun	<input type="radio"/> Gar nicht

5. Wie schmerzhaft war es für Sie wegen Ihrem Knie, nach einer Mahlzeit wieder vom Tisch aufzustehen?	6. Haben Sie wegen Ihrem Knie beim Gehen gehinkt?
<input type="radio"/> Gar nicht schmerzhaft	<input type="radio"/> Selten/nie
<input type="radio"/> Ein wenig schmerzhaft	<input type="radio"/> Manchmal oder nur am Anfang
<input type="radio"/> Mäßig schmerzhaft	<input type="radio"/> Oft, nicht nur am Anfang
<input type="radio"/> Sehr schmerzhaft	<input type="radio"/> Die meiste Zeit
<input type="radio"/> Unerträglich	<input type="radio"/> Die ganze Zeit
7. Konnten Sie sich hinknien und danach wieder aufstehen?	8. Wurden Sie nachts im Bett durch Schmerzen in Ihrem Knie gestört?
<input type="radio"/> Ja, leicht	<input type="radio"/> Nie
<input type="radio"/> Mit geringen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Nur 1 oder 2 Nächte
<input type="radio"/> Mit mäßigen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Einige Nächte
<input type="radio"/> Mit extremen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Die meisten Nächte
<input type="radio"/> Nein, unmöglich	<input type="radio"/> Jede Nacht
9. Wie sehr haben Schmerzen in Ihrem Knie Ihre normale Arbeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?	10. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Knie plötzlich "nachgeben" oder Sie nicht mehr tragen könnte?
<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> Selten/nie
<input type="radio"/> Ein wenig	<input type="radio"/> Manchmal oder nur am Anfang
<input type="radio"/> Mäßig	<input type="radio"/> Oft, nicht nur am Anfang
<input type="radio"/> Erheblich	<input type="radio"/> Die meiste Zeit
<input type="radio"/> Vollständig	<input type="radio"/> Die ganze Zeit

11. Konnten Sie die Haushaltseinkäufe selbst erledigen?	12. Konnten Sie eine Treppe hinunter gehen?
<input type="radio"/> Ja, leicht	<input type="radio"/> Ja, leicht
<input type="radio"/> Mit geringen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Mit geringen Schwierigkeiten
<input type="radio"/> Mit mäßigen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Mit mäßigen Schwierigkeiten
<input type="radio"/> Mit extremen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> Mit extremen Schwierigkeiten
<input type="radio"/> Nein, unmöglich	<input type="radio"/> Nein, unmöglich

Swiss Orthopaedics Minimal Data Set

Gelenkspezifische Zufriedenheit

Wie würden sie sich fühlen, wenn sie **den Rest Ihres Lebens** mit den derzeitigen Beschwerden in dem betroffenen Knie leben müssten?

sehr zufrieden	etwas zufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	etwas unzufrieden	sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelenkspezifische Schmerzen

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die der Intensität der Schmerzen in dem oben genannten Gelenk entspricht. Null bedeutet **keine** Schmerzen und 10 die **stärksten** vorstellbaren Schmerzen.

KEIN SCHMERZ		LEICHTER SCHMERZ		MÄßIGER SCHMERZ		STARKER SCHMERZ		SEHR STARKER SCHMERZ		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

German Forgotten Joint Score (G-FJS)

Die folgenden 12 Fragen beziehen sich darauf wie sehr Sie sich im Alltag bewusst sind, dass Sie ein künstliches Kniegelenk haben. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage nur eine Antwort, die auf Ihre Situation am besten zutrifft

Wie häufig sind Sie sich in folgenden Situationen Ihres künstlichen Kniegelenkes bewusst...

1. ...nachts im Bett?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

2. ... wenn Sie länger als eine Stunde auf einem Stuhl sitzen?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

3. ... wenn Sie länger als 15 Minuten gehen?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

4. ...wenn Sie in der Badewanne/Dusche sind?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

5. ... wenn Sie Autofahren?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

6. ... wenn Sie Treppensteigen?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

7. ... wenn Sie auf unebenem Untergrund gehen?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

8. ... wenn Sie aus einer tief sitzenden Position aufstehen(z.B. Couch)?

- niemals fast nie selten manchmal meistens

Wie häufig sind Sie sich in folgenden Situationen Ihres künstlichen Kniegelenkes bewusst...

9. ... wenn Sie lange Zeit stehen müssen?

<input type="radio"/> niemals	<input type="radio"/> fast nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> meistens
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

10. ... wenn Sie Haus- oder Gartenarbeit verrichten?

<input type="radio"/> niemals	<input type="radio"/> fast nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> meistens
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

11. ... wenn Sie spazieren gehen oder wandern?

<input type="radio"/> niemals	<input type="radio"/> fast nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> meistens
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

12. ... wenn Sie Sport machen?

<input type="radio"/> niemals	<input type="radio"/> fast nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> meistens
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

EQ-5D Fragebogen

Die folgenden 5 Fragen beziehen sich auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage nur eine Antwort, die auf Ihre Situation am besten zutrifft

1. Beweglichkeit und Mobilität	2. Für sich selbst sorgen
<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="radio"/> Ich bin ans Bett gebunden	<input type="radio"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
3. Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Hausarbeit, Freizeitaktivitäten)	4. Schmerzen/ körperliche Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe grosse Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
5. Angst/ Niedergeschlagenheit	
<input type="radio"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	
<input type="radio"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	

Bitte schätzen Sie abschliessend Ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer gedachten Skala von 1-100 ein und tragen sie den gedachten Wert ein.	%
100% wäre der best denkbare Gesundheitszustand, 1% der schlechtest denkbare Gesundheitszustand.	

Platz für etwaige Bemerkungen

Bitte überprüfen Sie noch einmal ob Sie alle Fragen beantwortet haben, da nur vollständige Scores ausgewertet werden können.

Vielen Dank!

_____	_____
Datum	Unterschrift des Patienten