

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie

Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex

nach Eypasch, 1993

Datum: _____

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 1. | Wie häufig in den letzten zwei Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Wie oft in den letzten zwei Wochen hat Sie Völlegefühl im Oberbauch gestört?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich belästigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich durch Windabgang gestört?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich durch Rülpsen oder Aufstoßen belästigt?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Wie oft in den letzten zwei Wochen hatten Sie auffallende Magen- oder Darmgeräusche?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich durch häufigen Stuhlgang gestört?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Wie oft in den letzten zwei Wochen hatten Sie Spaß und Freude am Essen?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Wie oft haben Sie bedingt durch Ihre Erkrankung auf Speisen, die Sie gerne essen, verzichten müssen?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Wie sind Sie während der letzten zwei Wochen mit dem alltäglichen Stress fertig geworden?
Sehr schlecht, schlecht, mäßig, gut, sehr gut.
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |

11. Wie oft in den letzten zwei Wochen waren Sie traurig darüber, dass Sie krank sind?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
12. Wie häufig in den letzten zwei Wochen waren Sie nervös oder ängstlich wegen Ihrer Erkrankung?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
13. Wie häufig in den letzten zwei Wochen waren Sie mit Ihrem Leben allgemein zufrieden?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(4) (3) (2) (1) (0)
14. Wie häufig waren Sie in den letzten zwei Wochen frustriert über Ihre Erkrankung?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
15. Wie häufig in den letzten zwei Wochen haben Sie sich müde oder abgespannt gefühlt?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
16. Wie häufig haben Sie sich in den letzten zwei Wochen unwohl gefühlt?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
17. Wie oft während der letzten Woche (eine Woche) sind Sie nachts aufgewacht?
Jede Nacht, 5 - 6 Nächte, 3 - 4 Nächte, 1 - 2 Nächte, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
18. In welchem Maß hat Ihre Erkrankung zu störenden Veränderungen Ihres Aussehens geführt?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)
19. Wie sehr hat sich, bedingt durch die Erkrankung, Ihr allgemeiner Kräftezustand verschlechtert?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)
20. Wie sehr haben Sie, bedingt durch Ihre Erkrankung, Ihre Ausdauer verloren?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)
21. Wie sehr haben Sie durch Ihre Erkrankung Ihre Fitness verloren?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)
22. Haben Sie Ihre normalen Alltagsaktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Haushalt) während der letzten zwei Wochen fortführen können?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(4) (3) (2) (1) (0)
23. Haben Sie während der letzten zwei Wochen Ihre normalen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby usw.) fortführen können?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(4) (3) (2) (1) (0)
24. Haben Sie sich während der letzten zwei Wochen durch die medizinische Behandlung sehr beeinträchtigt gefühlt?
Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)
25. In welchem Ausmaß hat sich das Verhältnis zu Ihnen nahe stehenden Personen durch Ihre Erkrankung verändert?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)
26. In welchem Ausmaß ist Ihr Sexualleben durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?
Sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht.
(0) (1) (2) (3) (4)

27. Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

28. Wie oft in den letzten zwei Wochen haben Sie sich durch Ihre langsame Essgeschwindigkeit beeinträchtigt gefühlt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

29. Wie oft in den letzten zwei Wochen haben Sie sich durch Beschwerden beim Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

30. Wie oft in den letzten zwei Wochen wurden Sie durch dringenden Stuhlgang belästigt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

31. Wie oft in den letzten zwei Wochen hat Durchfall Sie belästigt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

32. Wie oft in den letzten zwei Wochen hat Verstopfung Sie belästigt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

33. Wie oft in den letzten zwei Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

34. Wie oft in den letzten zwei Wochen hat Blut im Stuhlgang Sie beunruhigt?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

35. Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)

36. Wie oft in den letzten zwei Wochen fühlten Sie sich durch ungewollten Stuhlabgang gestört?

Die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie.
(0) (1) (2) (3) (4)