SAKK 23/16	OLIVITA VELIEE EUDW			
PHYSICIAN'S USE:				
	re was not filled in by the patient, fill in the patients data below and indicate the reason for not filling in:			
	elt too ill to complete the QoL questionnaire at this assessment.			
	presented to patient. 5) Other, please specify:			
3) Patient re	efused to participate in this QoL assessment. id not come to clinic.			
4) Patient d	d not come to clinic.			
2316 -	Date of completion:	1	/	1
UPN			onth	Year

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen, die von anderen Personen mit Ihrer Krankheit für wichtig befunden wurden. Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugetroffen hat, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen.

	KÖRPERLICHES WOHLBEFINDEN	Über- haupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziem- lich	Sehr
1.	Mir fehlt es an Energie	0	1	2	3	4
2.	Mir ist übel	0	1	2	3	4
3.	Wegen meiner körperlichen Verfassung habe ich Schwierigkeiten, den Bedürfnissen meiner Familie gerecht zu werden	0	1	2	3	4
4.	Ich habe Schmerzen	0	1	2	3	4
5.	Die Nebenwirkungen der Behandlung machen mir zu schaffen	0	1	2	3	4
6.	Ich fühle mich krank	0	1	2	3	4
7.	Ich muss zeitweilig im Bett bleiben	0	1	2	3	4
	<u>VERHÄLTNIS ZU FREUNDEN, BEKANNTEN UND IHRER</u> <u>FAMILIE</u>	Über- haupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziem- lich	Sehr
8.	Ich stehe meinen Freunden nahe	0	1	2	3	4
9.	Ich bekomme seelische Unterstützung von meiner Familie	0	1	2	3	4
10.	Ich bekomme Unterstützung von meinen Freunden	0	1	2	3	4
11.	Meine Familie hat meine Krankheit akzeptiert	0	1	2	3	4
12.	Ich bin damit zufrieden, wie wir innerhalb meiner Familie über meine Krankheit reden	0	1	2	3	4
13.	Ich fühle mich meinem Partner/meiner Partnerin oder der Person, die mir am nächsten steht, eng verbunden	0	1	2	3	4

SAKK 23/16	QUALITY OF LIFE FORM	FORM QOL (V.1.0, 16.04.2018) Page 2 of 6

2316 UPN	6 Da	ate of con	pletion	Day Month	/						
Sie c	Beantworten Sie bitte die folgende Frage unabhängig davon, inwieweit Sie zurzeit sexuell aktiv sind. Wenn Sie die Frage lieber nicht beantworten möchten, kreuzen Sie das nebenstehende Kästchen an und fahren Sie mit dem nächsten Abschnitt fort.										
		Über- haupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziem- lich	Sehr					
14.	lch bin mit meinem Sexualleben zufrieden	0	1	2	3	4					
<u> </u>	SEELISCHES WOHLBEFINDEN										
15.	Ich bin traurig	0	1	2	3	4					
16.	Ich bin damit zufrieden, wie ich meine Krankheit bewältige	0	1	2	3	4					
17.	Ich verliere die Hoffnung im Kampf gegen meine Krankheit	0	1	2	3	4					
18.	Ich bin nervös	0	1	2	3	4					
19.	Ich mache mir Sorgen über den Tod	0	1	2	3	4					
20.	Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Zustand verschlechtern wird	0	1	2	3	4					
<u>!</u>	<u>FUNKTIONSFÄHIGKEIT</u>	Über- haupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziem- lich	Sehr					
21.	Ich bin in der Lage zu arbeiten (einschließlich Arbeit zu Hause)	0	1	2	3	4					
22.	Meine Arbeit (einschließlich Arbeit zu Hause) füllt mich aus	0	1	2	3	4					
23.	Ich kann mein Leben genießen	0	1	2	3	4					
24.	Ich habe mich mit meiner Krankheit abgefunden	0	1	2	3	4					
25.	Ich schlafe gut	0	1	2	3	4					
26.	Ich kann meine Freizeit genießen	0	1	2	3	4					
27 . FACT-G	Ich bin derzeit mit meinem Leben zufrieden	0	1	2	June 2012; Copyri	4 ght 1987, 1997					

SAKK 23/16	QUALITY OF LIFE FORM	FORM QOL (V. 1.0, 16.04.2018) Page 3 of 6							

2316 -	Date of completion:		1 1	
IPN	•	Day	Month	Year

Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugetroffen hat, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen.

	Über- haupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziem- lich	Sehr	
28. Ich leide unter Atemnot	0	1	2	3	4	
29. Die Wahl meiner Kleidung ist für mich eine Belastung	0	1	2	3	4	
30. Einer meiner Arme, oder beide, sind geschwollen oder empfindlich	0	1	2	3	4	
31. Ich fühle mich körperlich anziehend	0	1	2	3	4	
32. Haarausfall macht mir zu schaffen	0	1	2	3	4	
33. Ich mache mir Sorgen, dass auch andere Familienmitglieder eines Tages dieselbe Krankheit wie ich bekommen könnten	0	1	2	3	4	
34. Ich mache mir Gedanken darüber, welchen Einfluss Stress auf meine Krankheit hat	0	1	2	3	4	
35. Meine Gewichtsveränderung macht mir zu schaffen	0	1	2	3	4	
36. Ich fühle mich als Frau / Ich fühle mich als Mann	. 0	1	2	3	4	
37. In einigen Körperbereichen habe ich Schmerzen	0	1	2	3	4	
Auf welcher Seite hatten Sie die Brustoperation?						
Links Rechts (Bitte kreise	en Sie ei	ne Antwo	rt ein)			
38. Es tut weh, den Arm auf dieser Seite zu bewegen	. 0	1	2	3	4	
38. Der Bewegungsbereich meines Armes ist auf dieser Seite eingeschränkt	. 0	1	2	3	4	
40. Der Arm auf dieser Seite fühlt sich taub an	. 0	1	2	3	4	
41. Der Arm auf dieser Seite ist steif	0	1	2	3	4	

FACT -B+4 German (Universal) Copyright 1987,1997; 03 March 2014

	23/16			QUA	ALITY O	F LIFE	FORM						7.1.0, 16.04.2018 Page 4 of 6
2316 UPN	3	_					Date	of co	mplet		/_ ay Monti	/	Year
Habe	en Sie ei	ne Schwellung in	n Bereic	h de	s Arm	s und	/ oder	der Ha	nd?				
Nein		Sie müssen die v	veiteren	Frag	en nic l	ht bea	ntworte	en.					
Ja		Bitte beantworter	n Sie all e	e wei	teren F	ragen							
Bei jo	Einschrä eder Frag chreibt. V	ung im Bereich des ankungen in der Au ge müssen Sie die Venn Sie keine Pro ar viele Probleme r	usübung Zahl ur obleme ı	y von nkre i mit de	Aktivita i sen, d er beso	äten m l ie am chriebe	it sich l beste r nen Be	bringer 1 lhre \$ eschwe	n. Situati erde ha	on in c ben, u	den let mkreis	z ten 2 en Sie	: Wocher : die Zahl
		Funktionen	inic doi: b	00011		JII B 00	01111011	io nab	Jii, aiii	111 010 01	1 010 u	10 Zuii	. "
		Arm / Ihre Hand:	Ganz u	ınd ga	ar nicht	3	4	5	6	7	8	Se 9	ehr viel
1.	Schwer	(ermüdet) an?	_	+	-1-	-	-	-1	1	-1-	-1-	-	-1 °
2.	Steif an	?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Geschw	ollen an?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habe	en Sie an	n Arm / an der Har		und ga	ar nicht							S	ehr viel ↓
4.	Kraftve	erlust?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Kribbe	ln?	0	1	2	3	4	5	6 	7	8	9 	10
6.	Schme	erzen?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 1	10
7.	Gespa	nnte Haut?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SAKK
23/16

QUALITY OF LIFE FORM

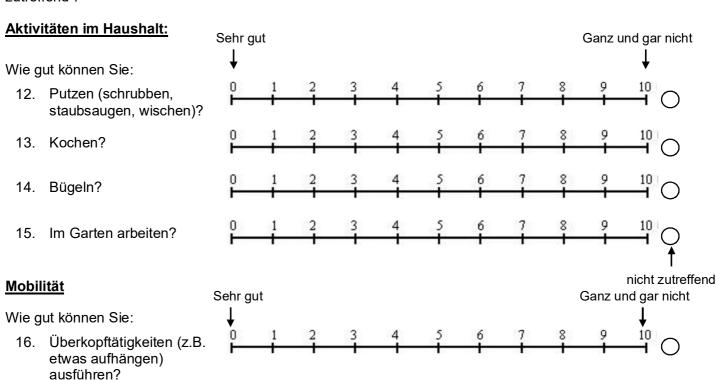
(V.1.0, 16.04.2018)
Page 5 of 6

2316 - _ _ _ Date of completion: _ _/_ /_ _______

Psychisches Befinden



Bei jeder Frage müssen Sie die Zahl umkreisen, die am besten Ihre Situation in den letzten 2 Wochen beschreibt. Wenn eine der folgenden Aktivitäten nicht auf Sie zutrifft, markieren Sie den Kreis "nicht zutreffend".



10

nicht zutreffend

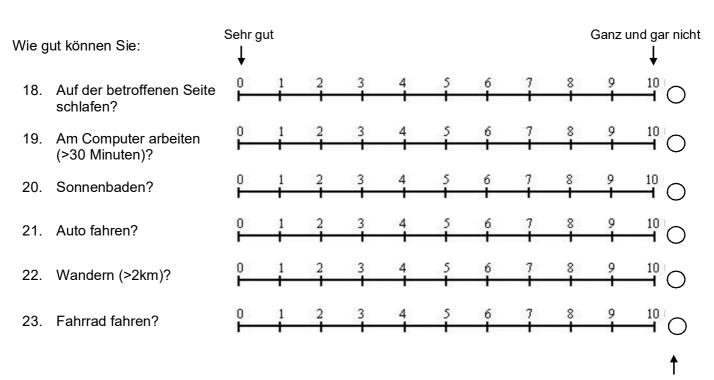
17. Schwere Gegenstände aufheben oder tragen (z.B. Eimer Wasser, Einkäufe)?

SAKK
23/16

QUALITY OF LIFE FORM

(V.1.0, 16.04.2018)
Page 6 of 6





nicht zutreffend

Bedeutende Lebensbereiche und soziales Leben

