

**Fragen zur Lebenszufriedenheit mit Mukoviszidose (FLZ-CF)**

**Beurteile bitte folgende Aussagen für die letzten 4 Wochen.**

Wie **wichtig** ist für Dich,...

nicht etwas ziemlich sehr extrem  
wichtig

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) frei von Atemnot/ Husten zu sein.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) frei von Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden zu sein.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) mit Genuss essen zu können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) erholsamen Schlaf finden zu können.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) den normalen Tagesablauf trotz Therapie aufrechtzuerhalten.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Deine tägliche Therapie konsequent durchzuführen.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) von anderen gebraucht zu werden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) von Deiner Umgebung Verständnis für Deine Situation gezeigt zu bekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) keine Benachteiligung durch Deine Erkrankung zu erfahren.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bitte kreuze nun an, wie zufrieden Du in den einzelnen Aspekten bist.**

Wie **zufrieden** bist Du...

un- eher un- eher ziemlich sehr  
zufrieden

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) mit dem Ausmaß von Atemnot/ Husten.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) mit dem Ausmaß von Bauchschmerzen/Verdauungsbeschwerden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) beim Essen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) mit Deinem Schlaf.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) mit der Integration der Therapie in Deinen Tagesablauf.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) mit Ihrer Konsequenz bei der täglichen Therapie.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) mit der Gewissheit, von anderen gebraucht zu werden.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) mit dem Verständnis Deiner Umgebung für Deine Situation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) damit, frei von Benachteiligung zu sein.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Question about life-satisfaction with cystic fibrosis

Please evaluate the following statements for the last 4 weeks.

How **important** is ... for you?

	<b>not</b>	<b>a little</b>	<b>rather important</b>	<b>very</b>	<b>extremely</b>
absence of dyspnoea/coughing					
absence of stomach pains/digestive disorders					
eating and drinking with pleasure					
finding a deep/restful sleep					
keeping the daily routine despite therapy					
doing your daily therapy					
being needed by somebody					
being understood by your environment					
Lack of discrimination because of your illness					

Now tick off how satisfied you are with these aspects.

How **satisfied** are you with ...

	<b>unhappy</b>	<b>rather unhappy</b>	<b>rather happy</b>	<b>quite happy</b>	<b>extremely happy</b>
absence of dyspnoea/coughing					
absence of stomach pains/digestive disorders					
eating and drinking with pleasure					
finding a deep/restful sleep					
keeping the daily routine despite therapy					
doing your daily therapy					
being needed by somebody					
being understood by your environment					