



Müdigkeit

Müdigkeitsfragebogen

Name _____

Vorname _____

Datum _____

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, indem Sie die für Sie passende Antwort ankreuzen (entsprechende Zahl ankreuzen).

Die Antworten müssen sich auf die letzten 2 Wochen beziehen

	überhaupt nicht	wenig	mässig	sehr
1. Reagierten, handelten Sie langsamer? _____	0	1	2	3
2. Verspürten Sie ein extremes, unübliches Bedürfnis, sich auszuruhen? (unüblich für Sie) _____	0	1	2	3
3. Verspürten Sie ein Gefühl extremer, unüblicher Müdigkeit? _____	0	1	2	3
4. Erlebten Sie ein Gefühl von «ausgewunden sein», von Erschöpfung? _____	0	1	2	3
5. Verspürten Sie eine Schwäche, ein Verlust an Kraft? _____	0	1	2	3
6. Verspürten Sie ein allgemeines Unwohlsein? _____	0	1	2	3
7. Verspürten Sie schwere Glieder? _____	0	1	2	3
8. Verspürten Sie eine reduzierte, körperliche Leistungsfähigkeit? _____	0	1	2	3
9. Verspürten Sie einen Verlust an Energie? (verglichen mit üblicher Energie) _____	0	1	2	3
10. Brauchte es oft Überwindung, die sonst üblichen Aktivitäten durchzuführen? _____	0	1	2	3
11. Fühlten Sie sich während des Tages oft schläfrig? _____	0	1	2	3
12. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? _____	0	1	2	3
13. Fühlten Sie sich vergesslicher als normalerweise? _____	0	1	2	3
14. War es für Sie schwierig, aufmerksam zu bleiben, z.B. Zuhören oder Lesen? _____	0	1	2	3
15. Hatten Sie den Wunsch, die Gedanken «abzuschalten»? _____	0	1	2	3
16. Verspürten Sie Angst? _____	0	1	2	3
17. Fühlten Sie sich angespannt? _____	0	1	2	3
18. Fühlten Sie sich ungeduldig? _____	0	1	2	3
19. Fühlten Sie sich traurig, deprimiert? _____	0	1	2	3
20. Hatten Sie nachts Schlafprobleme? _____	0	1	2	3

Es folgen noch weitere Fragen dazu, wie intensiv Sie die unübliche Müdigkeit letzte Woche und letzten Monat empfunden und wie stark Sie darunter gelitten haben.

Fortsetzung A1: Müdigkeitsfragebogen



Wenn Sie sich beispielsweise in der vergangenen Woche extrem stark, unüblich müde gefühlt haben, jedoch nicht komplett erschöpft waren, würden Sie einen Strich auf die Linie setzen wie folgt:

Beispiel

Ich fühle mich
überhaupt nicht
unüblich müde



Ich fühle mich
extrem müde,
komplett erschöpft

Den Strich ganz links auf der Linie zu setzen bedeutet, dass Sie überhaupt nicht unüblich müde waren. Je weiter Sie den Strich nach rechts setzen, desto mehr Müdigkeit geben Sie an. Wenn Sie den Strich ganz rechts setzen, bedeutet das, dass Sie extrem müde, komplett erschöpft waren.

Nun beantworten Sie bitte noch die letzten Fragen in dieser Weise. Besten Dank.

Wie stark fühlten Sie sich unüblich müde? (Unüblich bedeutet ungewöhnlich für Sie). Bitte setzen Sie einen geraden Strich dort auf die Linie, wo es der Müdigkeit, die Sie empfunden haben, am ehesten entspricht.

In der letzten Woche:

Ich fühle mich
überhaupt nicht
unüblich müde



Ich fühle mich
extrem müde,
komplett erschöpft

Im letzten Monat:

Ich fühle mich
überhaupt nicht
unüblich müde



Ich fühle mich
extrem müde,
komplett erschöpft

Wenn Sie sich in einer dieser Zeitspanne unüblich müde fühlten, wie stark litten Sie unter dieser Müdigkeit?

Ich litt überhaupt
nicht darunter



Ich litt sehr stark
darunter

Anhang- A2: Beispiel eines Fatigue-Tagebuchs (Deutsches Grünes Kreuz, 2004)

Fatigue-Tagebuch			
			
Datum []			
Tätigkeit	sehr anstrengend	anstrengend	normal
Aufstehen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Anziehen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Duschen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Baden	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Haarewaschen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Fußpflege	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Einkaufen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Behördengänge	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Arztbesuche	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Wäschewaschen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Wäscheaufhängen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Bügeln	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Aufräumen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Staubsaugen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Staubwischen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Fensterputzen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Kochen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Spülen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Müll wegbringen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Autofahren	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Lesen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Fernsehen	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]
Radiohören	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]	Uhrzeit [:]

Monat: _____

Wie tatkräftig fühlen Sie sich heute?

Mit diesem Tool in Kalenderformat können Sie Ihren Fatiguepegel aufzeichnen. Bewahren Sie den Kalender so auf, dass Sie ihn jederzeit schnell zur Hand haben. Markieren Sie täglich Ihren Fatiguepegel, indem Sie den Kreis, der Ihrem Zustand entspricht, farblich ausmalen. Am Ende des Monats verbinden Sie die Punkte mit einer Linie. So können Sie feststellen, wie sich Ihr Zustand im Lauf der Zeit bessert. Nehmen Sie das Formular zu Ihrem nächsten Arzttermin mit, und besprechen Sie mit ihm, wie Sie sich fühlen.

ENERGIESPARTIPPS

Lassen Sie einen Schüler oder ein Nachbarskind den Hund nach der Schule ausführen

Name _____

Alter _____

Geschlecht _____

Tumorart _____

Aktuelle Behandlung _____

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Selbstbeherrschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafmüdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eumen modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TESTERGEBNISSE

Hb	Hb	Hb
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtiger Hinweis: Notieren Sie die Ergebnisse Ihrer Blutbilduntersuchung im monatlichen Energiekalender, um festzustellen, wie sich diese Werte zusammen mit Ihrem Energiepegel verändern. Notieren Sie alle Testergebnisse für: Hb, RBC, WBC.

Zur Verfügung gestellt durch www.KraftgegenKrebs.de

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift