

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit dem vorliegenden Fragebogen kann Ihre Ärztin/Ihr Arzt besser verstehen, wie es Ihnen in Bezug auf Ihre **Erschöpfung (Fatigue)** und deren Einfluss auf Ihr tägliches Leben geht.

Was wird gefragt?

- Wie Sie Fatigue erleben: Wie oft, wie lange und wie stark fühlen Sie sich müde oder erschöpft?
- Wie sich das auswirkt: Beeinträchtigt die Müdigkeit Ihre körperlichen, geistigen (z. B. Konzentration) oder sozialen Aktivitäten?

So füllen Sie den Fragebogen aus

- Bitte denken Sie bei Ihren Antworten an die **letzten 7 Tage**.
- Bitte füllen Sie ihn **selbstständig** aus.
- Antworten Sie **so zutreffend wie möglich** und nach Ihrem **besten Wissen** – es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt nach der Auswertung.

Fragebogen zur Erschöpfung (Fatigue)

Name:

Datum:

PROMIS® Item Bank v1.0 - Fatigue - Short Form 7a

Erschöpfung – Kurzform 7a

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage oder Aussage ein Kästchen an.

| In den letzten 7 Tagen | | Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |
|------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| FATEXP20 | Wie oft fühlten Sie sich müde? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATEXP5 | Wie oft erlebten Sie extreme Erschöpfung? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATEXP18 | Wie oft ging Ihnen die Energie aus? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP22 | Wie oft schränkte Ihre Erschöpfung Sie bei der Arbeit ein (einschließlich der Arbeit zuhause)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP20 | Wie oft waren Sie zu müde, um klar zu denken? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP21 | Wie oft waren Sie zu müde, um zu baden oder zu duschen? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP40 | Wie oft hatten Sie ausreichend Energie für anstrengende körperliche Betätigungen? | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

Gesamtwert (Summe der Punkte für die 7 Fragen): _____