

## 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): \_\_\_\_\_