

Fragebogen für Hypoparathyreoidismus

Initialien:

Datum:

Dieser Fragebogen enthält Fragen zu Symptomen und Beschwerden, die im Rahmen eines Hypoparathyreoidismus auftreten können.

Bitte beantworten Sie jede Frage und machen Sie ein Kreuz im entsprechenden Feld.

Besprechen Sie bitte anschließend die Symptome mit ihrem Arzt.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Symptome

Wie sehr litt Sie in den letzten Wochen unter ...		nie	selten	oft	immer
01	... Taubheit oder Kribbeln im Gesichtsbereich, Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	... Muskelkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	... Muskelzittern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	... Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	... Gelenks- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	... Knochenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	... Herzklopfen oder Herzrasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	... Übelkeit oder Magenverstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	... Bauchschmerzen oder Bauchkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... Hitzewallungen oder Kälteschauern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... Schwindelgefühlen oder dem Gefühl in Ohnmacht zu fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... Nervenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	... Hautschädigungen/sehr trockene Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	... Haarverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	... Zahnproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	... Sehstörung/Katarakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	... körperliche Ermüdung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	... Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern

Die folgenden Fragen beziehen sich auf kognitive Symptome

Wie sehr litten Sie in den letzten Wochen unter ...		nie	selten	oft	immer
20	... geistiger Ermüdung – komplizierte Aufgaben können geistig nicht mehr bewältigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	... Konzentrationsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	... Gedächtnisverlust/Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	... Schlafstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	... Schlafsucht – starkes Schlafbedürfnis mit Bewußtseinsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	... Angstzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	... innere Unruhe und Anspannung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	... depressive Verstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	... Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Lebensqualität

Die Antwort „sehr“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie wenig oder kaum Einschränkungen bezüglich Ihres Wohlbefindens haben. Die Antwort „gar nicht“ bedeutet bei diesen Fragen, dass Sie in ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt sind.

Inwiefern ...		sehr	ziemlich	ein wenig	gar nicht
29	... waren Sie in den letzten Wochen energiegeladener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	... fühlten Sie sich in den letzten Wochen fit und gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	... waren Sie in den letzten Wochen ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	... waren Sie in den letzten Wochen glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	... sind Sie uneingeschränkt in Ihrer Arbeitsleistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	... sind sie arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	... sind Sie in Ihrem sozialem Umfeld weiter aktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	... können Sie Ihr Alltagsleben normal bewältigen? (z.B. Haushalt, Kindererziehung, Auto fahren ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>