QLIP

In dieser Umfrage sind 9 Fragen enthalten.

QLIP - Quality of Life Impairment by Pain / Allgemeine Lebensqualität

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die vergangenen Tage**.

Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- sehr schlecht
- schlecht
- gut
- sehr gut

Wählen Sie bitte das Feld aus, das Ihrem Befinden am Besten entspricht.

Wie war Ihre **nächtliche Schlafdauer**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nicht ausreichend
- ausreichend

Hatten Sie **Dauerschmerzen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in **Ihren Tätigkeiten** und **Bedürfnissen eingeschränkt?** *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- fast völlig
- stark
- deutlich
- ein wenig
- nein

Führten die Schmerzen zu einer **Beeinträchtigung Ihrer Stimmung?** *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- sehr stark
- stark
- deutlich
- ein wenig
- nein

Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?** *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- sehr stark
- stark
- deutlich
- ein wenig
- nein

Hatten Sie **andere Beschwerden?** *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Welche **sonstigen Beschwerden** hatten Sie? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- andere Beschwerden
- Verstopfung
- Konzentrationsstörungen
- Schwindel
- Schlafstörungen
- Magenbeschwerden
- Lustlosigkeit
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Niedergeschlagenheit
- Müdigkeit

Bitte geben Sie **alle** sonstigen Beschwerden an, die Sie hatten.

Bitte beschreiben Sie Ihre **anderen** Beschwerden:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre anderen, nicht aufgeführten Beschwerden.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.