

WPAI-Migräne

In dieser Umfrage sind 7 Fragen enthalten.

WPAI-Migräne

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Auswirkungen Ihrer **Migräne** auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und regelmäßigen Aktivitäten nachzugehen.

Gehen Sie derzeit einer **bezahlten Erwerbstätigkeit** nach? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die **vergangenen sieben Tage, heute nicht eingeschlossen**.

Wie viele Stunden haben Sie in den letzten sieben Tagen aufgrund von **Problemen im Zusammenhang mit Ihrer Migräne** von der Arbeit gefehlt? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Einschließlich der Stunden, die Sie aufgrund Ihrer Migräne an Krankheitstagen versäumt haben, Zeiten, in denen Sie wegen Ihrer Migräne zu spät kamen, zu früh gingen usw.

Berücksichtigen Sie nicht die Zeit, die Sie für die Teilnahme an dieser Studie versäumt haben.

Wie viele Stunden haben Sie in den vergangenen sieben Tagen aus **anderen Gründen von der Arbeit gefehlt**, wie etwa Urlaub, Feiertage, Freistellung, oder um an dieser Studie teilzunehmen? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Stunden haben Sie in den letzten sieben Tagen **tatsächlich gearbeitet**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark hat sich Ihre Migräne in den letzten sieben Tagen auf Ihre Produktivität während der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit eingeschränkt waren, an Tage, an denen Sie weniger erreicht haben, als Sie gerne hätten, oder an Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. *

0 = Migräne hatte keine Auswirkungen auf meine Arbeit



10 = Migräne hat mich völlig an der Arbeit gehindert

Wenn die Migräne Ihre Arbeit nur geringfügig beeinträchtigt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl.

Wählen Sie eine hohe Zahl, wenn die Migräne Ihre Arbeit sehr stark beeinträchtigt hat.

Wie sehr hat Ihre Migräne in den letzten sieben Tagen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre regulären täglichen Aktivitäten außer der Arbeit an einem Arbeitsplatz zu erledigen?

Unter regelmäßigen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Tätigkeiten, die Sie ausüben, wie z.B. Arbeiten im Haushalt, Einkaufen, Kinderbetreuung, Sport treiben, lernen usw. Denken Sie an Zeiten, in denen Sie in der Menge oder der Art der Aktivitäten eingeschränkt waren und Zeiten, in denen Sie weniger erreicht haben, als Sie gerne hätten. *

0 = Migräne hatte keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten



10 = Migräne hinderte mich völlig daran, meinen täglichen Aktivitäten nachzugehen

Wenn die Migräne Ihre Aktivitäten nur geringfügig beeinträchtigt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl.

Wählen Sie eine hohe Zahl, wenn die Migräne Ihre Aktivitäten sehr stark beeinträchtigt hat.

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