

**FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT  
(Health King's Questionnaire in deutscher Sprache)**

		sehr gut	gut	mittelmässig	schlecht	sehr schlecht
1	Wie würden Sie zur Zeit Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
2	Wie sehr wirkt sich Ihrer Meinung nach Ihr Blasenproblem auf Ihr Leben aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend sind einige tägliche Aktivitäten aufgeführt, die durch Blasenprobleme beeinträchtigt werden können. Wie sehr beeinträchtigt Sie Ihr Blasenproblem? Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten.

**Einschränkung in den täglichen Aktivitäten**

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
3a	In welchem Ausmass beeinträchtigt Sie Ihr Blasenproblem bei Ihren Aufgaben im Haushalt (z.B. Putzen, Einkaufen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre berufliche Arbeit oder Ihre üblichen täglichen Aktivitäten ausserhalb des Hauses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Körperliche und soziale Einschränkungen**

		überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
4a	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre körperlichen Aktivitäten (z.B. Spazieren, Laufen, Sport, Gymnastik usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit zu reisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c	Schränkt Sie Ihr Blasenproblem im Kontakt mit anderen Menschen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d	Schränkt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit ein, Freunde zu treffen/zu besuchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Persönliche Beziehungen**

		Nicht zutreffend	überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
5a	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c	Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gefühlszustand**

	überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark
<b>6a</b> Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6b</b> Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems ängstlich oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6c</b> Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems weniger wert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schlaf/Energie**

	nie	manchmal	oft	immer
<b>7a</b> Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihren Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7b</b> Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems erschöpft/müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	manchmal	oft	immer
<b>8a</b> Tragen Sie Einlagen, um trocken zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8b</b> Achten Sie darauf, wieviel Flüssigkeit Sie trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8c</b> Müssen Sie die Unterwäsche wechseln, weil sie nass wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8d</b> Haben Sie Angst, unangenehm zu riechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8e</b> Ist Ihnen Ihr Blasenproblem peinlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr beeinträchtigen Sie diese Probleme?**

	ein wenig	mässig	stark
Sehr oft zur Toilette gehen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts aufstehen zu müssen, um Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein starker und schwer unterdrückbarer Drang, Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang, verbunden mit einem starken Drang, Wasser zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang bei körperlicher Aktivität, z.B. Husten, Niesen, Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwillkürlicher Harnabgang beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Harnwegsentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weitere Blasenprobleme? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

Datum: ..... Unterschrift: .....