

Beiblatt Lebensqualität

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Selbsteinschätzung zu Ihrer Lebensqualität

Beweglichkeit
und Mobilität

Können Sie sich bewegen und herumgehen?

- Ich habe damit keine Probleme Ich habe damit einige Probleme
 Ich habe damit starke Probleme Ich bin ans Bett gebunden

Allgemeine Tätigkeiten

Können Sie alltäglichen Tätigkeiten nachgehen?

- keine Probleme einige Probleme bin nicht in der Lage

Angst und
Niedergeschlagenheit

Sind Sie ängstlich oder deprimiert?

- bin ich nicht bin ich mäßig bin ich stark

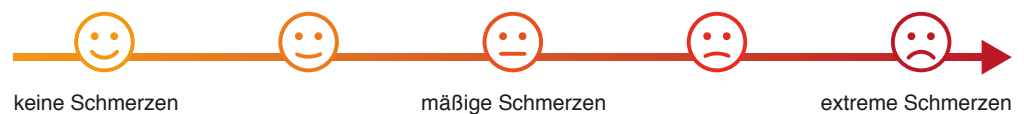
Selbstversorgung

Sind Sie in der Lage für sich selbst zu sorgen?

- keine Probleme einige Probleme bin nicht in der Lage

Schmerzen

- Spannungsschmerz Druckschmerz Berührungsschmerz



Körperliche Beschwerden

- Schweregefühl Spannungsgefühl Bewegungseinschränkungen

Weitere Anmerkungen
