
DEEPA-SHALINA MAYER



KONTAKT:
MAYERDEEPA@GMAIL.COM

An Befragung teilnehmen:



BEFRAGUNG ZUR LEBENSQUALITÄT MIT DIABETES MELLITUS

Sehr geehrte(r) Teilnehmer(in),

mein Name ist Deepa-Shalina Mayer. Ich bin 25 Jahre alt und absolviere aktuell, nach meinem Bachelorstudiengang in Molekularer Biomedizin, den Master in Medizinökonomie an der Rheinischen Fachhochschule in Köln.

Ziel meiner Masterarbeit ist die Identifikation von Ansätzen zur Optimierung der Versorgung von Diabetespatienten, insbesondere durch die Möglichkeiten der Telediabetologie. In diesem Rahmen führe ich eine SF-36 Befragung zur Lebensqualität von Patienten mit Diabetes mellitus durch. Zielgruppe der Befragung sind Patienten mit einem diagnostizierten Typ I oder Typ II Diabetes mellitus.

Die Umfrage erhebt keine personenbezogenen Daten, wodurch die Anonymität der Teilnehmenden gewährleistet ist. Die Ergebnisse werden lediglich im Rahmen der Masterarbeit ausgewertet, ohne dass Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Die Teilnahme an der Umfrage dauert ca. 10 Minuten und ist online ohne Registrierung möglich. Bitte finden Sie anbei den Link, um zur Online-Umfrage zu gelangen:

<https://forms.gle/jSiksw2uTbMEVVRT7>

Alternativ ist eine Druckversion der Umfrage beigelegt, welche Sie mir gerne ausgefüllt per Mail zukommen lassen können.

Bei Rückfragen können Sie mich gerne über meine o.g. Mailadresse kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Teilnahmebereitschaft!

Mit freundlichen Grüßen,

Deepa-Shalina Mayer

Befragung zur Lebensqualität mit Diabetes mellitus

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

"This questionnaire published with public domain licence by RAND, The user of the 36-Item Health Survey will provide a credit line when printing and distributing this document acknowledging that it was developed at RAND as part of the Medical Outcomes Study"

Vielen lieben Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung.

* Erforderlich

1. Biologisches Geschlecht *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ Männlich

☐ Weiblich

2. Wie alt sind Sie (Jahre)? *

3. Geben Sie bitte die ungefähre Entfernung in Kilometer zu Ihrem betreuenden Arzt an. *

4. An welchem Typ Diabetes mellitus leiden Sie? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.☐ Typ 1 Diabetes mellitus☐ Typ 2 Diabetes mellitus☐ Unbekannt☐ Sonstiges: _____

5. Nehmen Sie an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme/DMP) teil? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.☐ Ja☐ Nein

6. Verwenden Sie Apps zur Glukosemessung, wie z.B. Dexcom CLARITY, FreeStyle LibreLink ... ? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.☐ Ja☐ Nein

7. 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.☐ 1-Ausgezeichnet☐ 2-Sehr gut☐ 3-Gut☐ 4-Weniger gut☐ 5-Schlecht

8. 2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben ? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Derzeit viel besser als vor einem Jahr
- ☐ 2-Derzeit etwas besser als vor einem Jahr
- ☐ 3-Etwa so wie vor einem Jahr
- ☐ 4-Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr
- ☐ 5-Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ? Wenn ja, wie stark?

9. 3. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

10. 4. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

11. 5. Einkaufstaschen heben oder tragen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

12. 6. mehrere Treppenabsätze steigen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

13. 7. einen Treppenabsatz steigen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

14. 8. sich beugen, knien, bücken. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

15. 9. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

16. 10. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

17. 11. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

18. 12. sich baden oder anziehen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ja, stark eingeschränkt
- ☐ 2-Ja, etwas eingeschränkt
- ☐ 3-Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

19. 13. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

20. 14. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

21. 15. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

22. 16. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen). *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

23. 17. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

24. 18. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

25. 19. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ 1-Ja

☐ 2-Nein

26. 20. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Überhaupt nicht
- ☐ 2-Etwas
- ☐ 3-Mässig
- ☐ 4-Ziemlich
- ☐ 5-Sehr

27. 21. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Ich hatte keine Schmerzen
- ☐ 2-Sehr leicht
- ☐ 3-Leicht
- ☐ 4-Mässig
- ☐ 5-Stark
- ☐ 6-Sehr stark

28. 22. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Überhaupt nicht
- ☐ 2-Etwas
- ☐ 3-Mässig
- ☐ 4-Ziemlich
- ☐ 5-Sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

29. 23. ...voller Schwung. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

30. 24. ...sehr nervös. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

31. 25. ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheutern konnte? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

32. 26. ...ruhig und gelassen. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

33. 27. ...voller Energie? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

34. 28. ...entmutigt und traurig. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

35. 29. ...erschöpft. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

36. 30. ... glücklich. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

37. 31. ...müde. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Ziemlich oft
- ☐ 4-Manchmal
- ☐ 5-Selten
- ☐ 6-Nie

38. 32. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Immer
- ☐ 2-Meistens
- ☐ 3-Manchmal
- ☐ 4-Selten
- ☐ 5-Nie

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

39. 33. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Trifft ganz zu
- ☐ 2-Trifft weitgehend zu
- ☐ 3-eher schwer einzuschätzen
- ☐ 4-Trifft weitgehend nicht zu
- ☐ 5-Trifft überhaupt nicht zu

40. 34. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Trifft ganz zu
- ☐ 2-Trifft weitgehend zu
- ☐ 3-eher schwer einzuschätzen
- ☐ 4-Trifft weitgehend nicht zu
- ☐ 5-Trifft überhaupt nicht zu

41. 35. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachläßt. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Trifft ganz zu
- ☐ 2-Trifft weitgehend zu
- ☐ 3-eher schwer einzuschätzen
- ☐ 4-Trifft weitgehend nicht zu
- ☐ 5-Trifft überhaupt nicht zu

42. 36. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit. *

(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ 1-Trifft ganz zu
- ☐ 2-Trifft weitgehend zu
- ☐ 3-eher schwer einzuschätzen
- ☐ 4-Trifft weitgehend nicht zu
- ☐ 5-Trifft überhaupt nicht zu

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google