

Funktionsfragebogen Bewegungsapparat SMFA-D

Anleitung zum Ausfüllen

Datum:

Wir möchten gerne herausfinden, wie Sie mit Ihrer Gelenkverletzung oder Gelenkerkrankung in der letzten Woche zurecht gekommen sind. Wir würden gerne die Probleme kennenlernen, die Sie durch Ihre Gelenkverletzung / Gelenkerkrankung im täglichen Leben haben.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie ein Kreuz in das Kästchen () machen, welches am ehesten für Sie zutrifft. Bitte beantworten Sie **alle** Fragen, auch wenn manche Fragen sich vielleicht nicht auf Ihre Gelenkverletzung oder Gelenkerkrankung beziehen.

Diese Fragen sollen feststellen, **wieviele** Schwierigkeiten Sie in dieser Woche bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten wegen Ihrer Gelenkerkrankung oder Gelenkverletzung möglicherweise haben.

1. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie, sich in einen tiefen Stuhl zu setzen oder aus einem tiefen Stuhl aufzustehen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

2. Wie schwierig ist es für Sie, eine Medikamentenfläschchen (z. B. Hustensaft) oder Gläser zu öffnen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

3. Wie schwierig ist es für Sie, Lebensmittel oder anderes einzukaufen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

4. Wie schwierig ist es für Sie, Treppen zu steigen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

5. Wie schwierig ist es für Sie, einen kraftvollen Faustschluss auszuführen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

6. Wie schwierig ist es für Sie, in Dusche oder Badewanne hinein oder heraus zu steigen?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

7. Wie schwierig ist es für Sie, eine bequeme Einschlafposition zu finden?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

8. Wie schwierig ist es für Sie, sich zu bücken oder hinzuknien?

Gar nicht schwierig

Mäßig schwierig

Ein wenig schwierig

Sehr schwierig

Unmöglich

9. Wie schwierig ist der Gebrauch von Knöpfen, Reißverschlüssen, Druckknöpfen oder Häkchen für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

10. Wie schwierig ist es für Sie, die Fingernägel zu schneiden?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

11. Wie schwierig ist es für Sie, sich anzuziehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

12. Wie schwierig ist es für Sie, zu gehen

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

13. Wie schwierig ist es für Sie, in Bewegung zu kommen, nachdem Sie gegessen haben oder gelegen waren?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

14. Wie schwierig ist es für Sie, alleine auszugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

15. Wie schwierig ist es für Sie, Auto zu fahren?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

16. Wie schwierig ist die Körperhygiene auf der Toilette?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

17. Wie schwierig ist es für Sie, Knöpfe zu drehen oder Hebel zu bedienen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

18. Wie schwierig ist es für Sie, mit der Hand oder Maschine zu schreiben?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

19. Wie schwierig ist es für Sie, sich zu drehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

20. Wie schwierig ist es für Sie, Ihren normalen Freizeittätigkeiten, wie Radfahren, Joggen oder Spazierengehen nachzugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

21. Wie schwierig ist es für Sie, Ihren normalen Freizeittätigkeiten, Hobbies, Gartenarbeit, Kartenspielen, Basteln oder Ausgehen mit Freunden nachzugehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

22. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie mit Ihrer Sexualleben?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

23. Wie schwierig ist die Ausführung von leichter Haus- oder Gartenarbeit wie Staubwischen, Geschirrspülen oder Blumengießen für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

24. Wie schwierig ist die Ausführung von schwerer Haus- oder Gartenarbeit wie Bodenwischen, Staubsaugen und Rasenmähen für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

25. Wie schwierig ist die Erledigung Ihrer normalen Arbeit (Berufs-/Erwerbstätigkeit, Hausarbeit oder ehrenamtliche Tätigkeiten) für Sie?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

Diese Fragen erkundigen sich, **wie oft** Sie Probleme wegen Ihrer Gelenkerkrankung oder Gelenkverletzung in dieser Woche haben.

26. Wie oft hinken Sie beim Gehen?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

27. Wie oft vermeiden Sie den Gebrauch Ihres schmerzhaften Armes, Beines oder Rückens?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

28. Wie oft blockiert Ihr Bein oder knickt Ihnen das Bein weg?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

29. Wie oft haben Sie Probleme mit der Konzentration?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

30. Wie oft tun Sie an einem Tag zuviel und sind am nächsten Tag hiervon noch beeinträchtigt?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

31. Wie oft reagieren Sie auf Ihre Umgebung gereizt, z. B. schnauzen Leute an, geben spitze Antworten oder kritisieren andere leicht?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

32. Wie oft sind Sie müde?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

33. Wie oft fühlen Sie sich behindert?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

34. Wie oft fühlen Sie sich verärgert oder frustriert, dass Sie diese Gelenkverletzung / Gelenkerkrankung haben?

Gar nicht schwierig <input type="checkbox"/>	Mäßig schwierig <input type="checkbox"/>	Ein wenig schwierig <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig <input type="checkbox"/>	Unmöglich <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---------------------------------------

Diese Fragen behandeln, wie sehr Sie durch Probleme **beeinträchtigt** sind, die Sie in dieser Woche wegen Ihrer Gelenkverletzung oder Gelenkerkrankung haben.

Wie sehr sind Sie beeinträchtigt durch...

	Gar nicht beeinträchtigt	Mäßig beeinträchtigt	Ein wenig beeinträchtigt	Sehr beeinträchtigt	Äußerst beeinträchtigt
35. Probleme beim Gebrauch Ihrer Hände, Arme oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Probleme mit Ihrem Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Probleme bei Haus- und Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Probleme mit dem Baden, Anziehen, sich zurechtmachen oder anderer Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Probleme beim Schlafen und Ruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Probleme mit Freizeit- oder Erholungstätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Probleme mit Ihren Freunden, Familie oder anderen wichtigen Personen in Ihrem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Probleme mit dem Denken, Konzentrieren oder Erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Probleme bei der Bewältigung Ihrer Gelenkerkrankung/ -verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Probleme bei der täglichen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Probleme mit Abhängigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Probleme mit Steifigkeit und Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens.