

20.12.2000:

Von: KARL-RAINER FABIG, PRAKTISCHER ARZT , 22417 Hamburg (gestorben 2005)

Da dieser Fragebogen auch nach dem Tod von Karl-Rainer Fabig von Interesse ist, ist er hier aufgenommen.

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie wissen, dass hausärztliche und spezialisierte Medizin nicht ohne persönliches Gespräch möglich sind und nur dadurch optimiert werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, werden zunehmend (Selbst-) Fragebögen eingesetzt. Fragebögen sind gute Hilfsmittel und geeignet, sowohl Praxisablauf als auch Qualität der Behandlung zu verbessern. Dies gilt allgemein und für den umweltmedizinischen Bereich besonders. Dazu gehört die Beantwortung grundlegender Informationsfragen (wie sie auf dieser Seite gestellt werden). Bitte beantworten Sie auch die 26 Fragen auf der Rückseite dieses Blattes. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hält die umseitigen *"Fragen zur gesundheitlichen Lebensqualität"* für geeignet, in allen Ländern und Kulturen Krankheiten möglichst frühzeitig zu entdecken und erfolgreich zu behandeln. Die Beantwortung dieser Fragen ist selbstverständlich freiwillig. Alle Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Erfreulich wäre es, wenn Sie alle diesen Fragebogen ausfüllen und in der Anmeldung oder bei mir abgeben würden.

Ein weiterer Fragebogen *"Beschwerden nach chemischen Belastungen"* (mit der speziellen Fragestellung Chemikalienüberempfindlichkeit) sollte ebenfalls ausgefüllt werden. Auch wenn Sie chemikalien-unempfindlich sein sollten, so sind Ihre ("Null"-) Antworten für Erkenntnisse wichtig, die der Behandlung der Kranken zugute kommen könnten.

Vielen Dank für Ihre Mühe (im Wartezimmer oder auch nach Überlegung zuhause)! Ihr Karl-Rainer Fabig

Name :

Datum:.....

Informationsfragen zur Person, zur schulisch-beruflichen Bildung und Krankheit

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. beantworten

Was ist Ihr höchster Schulabschluß?		Welcher Art von Beschäftigung gehen Sie nach?	
kein Abschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Branche oder Industriezweig sind Sie tätig?
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche der folgenden gesundheitlichen Probleme haben Sie gegenwärtig?
Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postgraduiert (Dr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie ist Ihr Familienstand?		<input type="checkbox"/>	Herzleiden
Allein lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
Verheiratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis oder Rheuma
Mit Partner lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs
Getrennt lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysem oder chronische Bronchitis
Geschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
Verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star
Wieviele Kinder haben Sie (Zahl):		<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
Wieviele Monate waren Sie im letzten Jahr berufstätig (Zahl):		<input type="checkbox"/>	Knochenbruch
		<input type="checkbox"/>	Chron. nervöse oder emotionale Störungen
		<input type="checkbox"/>	Fußerkrankungen (Entzündungen, Nägel)
Sind Sie z.Z. berufstätig?	ja	<input type="checkbox"/>	Darmgeschwulst oder Darmblutung
	nein	<input type="checkbox"/>	Parkinson'sche Krankheit
Arbeiten Sie ganztags?	ja	<input type="checkbox"/>	Andere Krankheit (bitte angeben):
	nein	<input type="checkbox"/>	

Fragen zur gesundheitlichen Lebensqualität (WHOQOL-BREF)						
Name / Datum:	1	2	3	4	5	
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Sehr schlecht</i>	<i>Schlecht</i>	<i>Mittel- mässig</i>	<i>Gut</i>	<i>Sehr gut</i>	
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?						1
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Sehr unzu- frieden</i>	<i>Unzu- frieden</i>	<i>Weder- noch</i>	<i>Zu- frieden</i>	<i>Sehr zu- frieden</i>	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?						2
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Mittel- mässig</i>	<i>Ziem- lich</i>	<i>Äus- serst</i>	
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?						3
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern ?						4
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?						5
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?						6
Wie gut können Sie sich konzentrieren?						7
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?						8
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?						9
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Eher nicht</i>	<i>Halb- wegs</i>	<i>Über- wiegend</i>	<i>Völlig</i>	
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?						10
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?						11
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse						12

erfüllen zu können?						
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?						13
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?						14
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Sehr schlecht</i>	<i>Schlecht</i>	<i>Mittelmässig</i>	<i>Gut</i>	<i>Sehr gut</i>	
Wie gut können Sie sich fortbewegen?						15
Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an	<i>Sehr unzufrieden</i>	<i>Unzufrieden</i>	<i>Weder noch</i>	<i>Zufrieden</i>	<i>Sehr zufrieden</i>	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?						16
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?						17
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?						18
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?						19
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?						20
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?						21
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?						22
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?						23
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?						24
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?						25