

Leiden Fragebogen über Beschwerden und Bedürfnisse für Patienten mit einer Hypophysenerkrankung (LBNQ-Pituitary)



Leids Universitair Medisch Centrum
Center for Endocrine Tumors Leiden (CETL)

© 2013, Center for Endocrine Tumors Leiden, Leiden University Medical Center, Niederlande. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Fragebogens darf ohne vorherige Benachrichtigung des Autors in irgendeiner Form oder auf irgendeine Weise reproduziert oder übertragen werden.

Korrespondenzadresse:
Division of Endocrinology, C7-Q
Leiden University Medical Center
P.O. Box 9600
2300 RC Leiden
Niederlande

Diese Umfrage untersucht die Auswirkungen der Erkrankung und die potenziellen Maßnahmen zur Versorgung und zum Coaching von Patienten, die wegen Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) behandelt werden. Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir krankheitsbezogene Erfahrungen von Patienten mit einer Hypophysenerkrankung kartieren. Außerdem möchten wir mit diesem Fragebogen den Patientenbedarf an Gesundheitsversorgung und Coaching beim Umgang mit spezifischen Symptomen und Folgen ermitteln.

Wir möchten Sie bitten, eine Reihe von Aussagen über die Auswirkungen ihrer Hypophysenerkrankung zu prüfen, die Sie (möglicherweise) im täglichen Leben erfahren. Bitte kreisen Sie die Antwort ein bzw. kreuzen Sie die Antwort an, die Ihre Meinung am ehesten widerspiegelt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn Sie sich bei einer Antwort nicht sicher sind, versuchen Sie die Antwort auszuwählen, die am ehesten zutrifft.

Auf der nächsten Seite sehen Sie ein **Beispiel**.

BEISPIEL

Jede Frage besteht aus drei Elementen.

Teil A besteht aus einer Aussage zu einem schwierigen Problem. Sie werden gebeten anzugeben, ob diese Aussage auf Sie zutrifft:

Infolge meiner Hypophysenerkrankung erlebe ich **Einschränkungen im täglichen Leben**.

- a. ☒ JA // Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

Sie werden dann gebeten anzugeben, inwieweit Sie dieses Problem erfahren. Dazu können Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht:

- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

Abschließend werden Sie gebeten anzugeben, wie wichtig es für Sie ist, dass sich die Behandlung, die Sie erhalten, diesem spezifischen Problem widmet. Dazu können Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht:

- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

1. Infolge meiner Hypophysenerkrankung verspüre ich **Müdigkeit**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

2. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **körperliche Schmerzen**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

3. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Schlafprobleme**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

4. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Konzentrationsprobleme**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

5. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Schwierigkeiten bei der gleichzeitigen Ausübung mehrerer Tätigkeiten**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

6. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Gedächtnisprobleme**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

7. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Schwierigkeiten, mich von bestimmten Gedanken zu befreien.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

8. Infolge meiner Hypophysenerkrankung bin ich **niedergeschlagen.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

9. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Angst.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

10. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Stimmungsschwankungen**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

11. Infolge meiner Hypophysenerkrankung **neige ich dazu, in bestimmten Situationen in Panik zu geraten**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

12. Infolge meiner Hypophysenerkrankung reagiere ich **empfindlicher auf Stresssituationen als vorher**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

13. Infolge meiner Hypophysenerkrankung **mache ich mir um körperliche Symptome Sorgen.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

14. Infolge meiner Hypophysenerkrankung erlebe ich **Persönlichkeitsänderungen.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

15. Infolge meiner Hypophysenerkrankung haben sich **meine emotionalen Reaktionen verändert.**

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

16. Infolge meiner Hypophysenerkrankung bin ich **schneller gereizt als vorher**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

17. Infolge meiner Hypophysenerkrankung verspüre ich **Scham**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

18. Infolge meiner Hypophysenerkrankung fühle ich mich **einsam**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

19. Infolge meiner Hypophysenerkrankung empfinde ich **Schuldgefühle gegenüber meinem Partner/meinen nahen Familienangehörigen.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN / Nicht zutreffend (*Wenn NEIN oder Nicht zutreffend, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

20. Ich mache mehr, als eigentlich gut für mich ist (ich gehe über meine eigenen Grenzen hinaus).

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dies ist eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

21. Ich denke, dass jedes (neue) Symptom mit meiner Hypophysenerkrankung zusammenhängt.

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dies ist eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

22. Ich denke oft über die **Ursachen** meiner Hypophysenerkrankung nach.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dies ist eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

23. Ich habe negative Gedanken über die **Folgen** meiner Hypophysenerkrankung.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

24. Ich habe negative Gedanken über die weitere Entwicklung meiner Hypophysenerkrankung.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

25. Ich habe negative Gedanken darüber, inwieweit meine Hypophysenerkrankung unter **Kontrolle** gehalten werden kann.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

26. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **körperliche Probleme beim Geschlechtsverkehr**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

27. Infolge meiner Hypophysenerkrankung bin ich **weniger an Sex interessiert**.

a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort)

b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt keine Belastung	Leichte Belastung	Mäßige Belastung	Starke Belastung	Extrem starke Belastung

c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig

28. Infolge meiner Hypophysenerkrankung **hat sich die Beziehung zu meinem Partner verschlechtert.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN / Nicht zutreffend (*Wenn NEIN oder Nicht zutreffend, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

29. Infolge meiner Hypophysenerkrankung ist **mein Freundeskreis kleiner geworden.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

30. Infolge meiner Hypophysenerkrankung **fühle ich mich in bestimmten sozialen Situationen unwohl.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

31. Ich erlebe **bei den Menschen in meinem sozialen Umfeld ein mangelndes Verständnis für die Folgen meiner Hypophysenerkrankung.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

32. Infolge meiner Hypophysenerkrankung erlebe ich **Einschränkungen bei der Ausübung meiner Hobbys.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN (*Wenn NEIN, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

33. Infolge meiner Hypophysenerkrankung habe ich **Schwierigkeiten, meine Arbeit zu verrichten.**

- a. JA / Zu einem gewissen Grad / NEIN / Nicht zutreffend (*Wenn NEIN oder Nicht zutreffend, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort*)
- b. Dieses Problem und seine Folgen sind eine Belastung für mich:
- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt keine Belastung | Leichte Belastung | Mäßige Belastung | Starke Belastung | Extrem starke Belastung |
- c. Dass meine Gesundheitsdienstleister diesem Problem Aufmerksamkeit schenken, finde ich:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht wichtig | Etwas wichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Extrem wichtig |

Andere Probleme, die ich habe:

(Bitte geben Sie auch an, ob Sie für den Umgang mit diesen Problemen Zuwendung oder Unterstützung benötigen.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilgenommen haben!