

## AQoL-7D (Datenerhebungsbogen)

**F1 Wie viel Unterstützung benötigen Sie bei der Erledigung von Hausarbeiten (z. B. Zubereiten von Speisen, Putzen oder Gartenarbeiten)?**

- Ich kann all diese Tätigkeiten sehr schnell, effizient und ohne Unterstützung ausführen.
- Ich kann diese Tätigkeiten ohne Unterstützung relativ leicht ausführen.
- Ich kann diese Tätigkeiten ohne Unterstützung nur sehr langsam ausführen.
- Ich kann die meisten dieser Tätigkeiten nicht ohne Unterstützung ausführen.
- Ich kann keine dieser Tätigkeiten alleine ausführen.

**F2 Überlegen Sie bitte, wie leicht oder wie schwer es Ihnen fällt, allein außerhalb Ihres Hauses etwas zu unternehmen (z. B. beim Einkaufen, bei Besuchen etc.):**

- Es fällt mir leicht und macht Spaß.
- Ich habe keine Schwierigkeiten, allein außerhalb des Hauses etwas zu unternehmen.
- Es fällt mir etwas schwer.
- Es fällt mir in gewissem Maße schwer.
- Es fällt mir sehr schwer.
- Ich kann nichts unternehmen, es sei denn, ich habe jemanden, der mir dabei hilft.

**F3 Wenn Sie über Ihre Mobilität und die Verwendung von eventuellen Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Rollatoren oder Gehstöcken nachdenken:**

- Ich bin sehr mobil
- Ich habe keine Mobilitätsprobleme.
- Ich habe ein paar Mobilitätsprobleme(z.B. beim Bergaufgehen).
- Ich habe Mobilitätsprobleme. Ich kann nur kurze Wege gehen.
- Ich habe große Mobilitätsprobleme. Ich benötige die Hilfe einer anderen Person
- Ich bin bettlägerig.

**F4 Wie leicht fällt es Ihnen, sich zu waschen, sich um Ihr Aussehen zu kümmern, zur Toilette zu gehen, sich an- und auszukleiden oder zu essen?**

- Diese Tätigkeiten fallen mir sehr leicht.
- Ich habe keine wirklichen Probleme damit, diese Tätigkeiten auszuführen.
- Einige dieser Tätigkeiten fallen mir schwer, ich kann sie jedoch alleine ausführen.
- Viele dieser Tätigkeiten fallen mir schwer, und ich benötige dazu fremde Hilfe.
- Ich kann diese Tätigkeiten gar nicht alleine ausführen.

**F5 Welche Auswirkungen haben Ihre engen und intimen Beziehungen (einschließlich sexueller Beziehungen) auf Sie?**

- Sie machen mich sehr glücklich.
- Sie machen mich im Allgemeinen glücklich.

- Sie machen mich weder glücklich noch unglücklich.
- Sie machen mich im Allgemeinen unglücklich.
- Sie machen mich sehr unglücklich.

**F6 Wie denken Sie über Ihre Gesundheit und das Verhältnis zu Ihrer Familie?**

- Meine Rolle in der Familie wird durch meine Gesundheit nicht beeinträchtigt.
- Einige Aspekte meiner Rolle in der Familie kann ich nicht wahrnehmen.
- Es gibt viele Aspekte meiner Rolle in der Familie, die ich nicht wahrnehmen kann.
- Ich kann gar keine Aspekte meiner Rolle in der Familie wahrnehmen.

**F7 Wie denken Sie über Ihre Gesundheit und Ihre Rolle in Ihrer Gemeinschaft (d. h., in der Nachbarschaft, beim Sport, bei der Arbeit, in der Kirche oder in kulturellen Gruppen)?**

- Meine Rolle in der Gemeinschaft wird durch meine Gesundheit nicht beeinträchtigt.
- Einige Aspekte meiner Rolle in der Gemeinschaft kann ich nicht wahrnehmen.
- Es gibt viele Aspekte meiner Rolle in der Gemeinschaft, die ich nicht wahrnehmen kann.
- Ich kann keine Aspekte meiner Rolle in der Gemeinschaft wahrnehmen.

**F8 Wie oft haben Sie sich in den letzten sieben Tagen verzweifelt gefühlt?**

- niemals
- gelegentlich
- manchmal
- häufig
- immer

**F9 Wenn Sie auf die letzten sieben Tage zurückblicken, wie oft waren Sie besorgt?**

- niemals
- gelegentlich
- manchmal
- häufig
- immer

**F10 Wie häufig sind Sie traurig?**

- niemals
- selten
- ab und zu
- für gewöhnlich
- nahezu immer

**F11 Wie gelassen, ruhig oder unruhig schätzen Sie sich ein?  
Ich bin...**

- immer gelassen und ruhig.

- für gewöhnlich gelassen und ruhig.
- manchmal gelassen und ruhig, manchmal unruhig.
- für gewöhnlich unruhig.
- immer unruhig.

**F12 Überlegen Sie bitte, wie viel Energie Sie haben, um die Dinge zu tun, die Sie sich vorgenommen haben.**

**Ich bin...**

- immer voller Energie
- für gewöhnlich voller Energie
- gelegentlich energiegeladen
- für gewöhnlich müde und energielos
- immer müde und energielos

**F13 Wie oft haben Sie Ihrem Empfinden nach Ihr Leben voll im Griff?**

- immer
- meistens
- manchmal
- nur gelegentlich
- niemals

**F14 Wie sehr können Sie Ihrem Empfinden nach die Probleme des Lebens meistern?**

- vollständig
- überwiegend
- teilweise
- sehr wenig
- überhaupt nicht

**F15 Wie häufig haben Sie starke Schmerzen?**

**Ich habe sie...**

- sehr selten.
- weniger als einmal pro Woche.
- drei- bis viermal pro Woche.
- fast immer.

**F16 Wie starke Schmerzen oder Beschwerden verspüren Sie?**

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe nur mäßige Schmerzen.
- Ich leide unter starken Schmerzen.
- Ich leide unter unerträglichen Schmerzen.

**F17 Wie häufig beeinträchtigen Schmerzen Ihre üblichen Aktivitäten?**

- niemals
- selten
- manchmal
- häufig
- immer

**F18 Wie würden Sie Ihr Sehvermögen einschätzen (gegebenenfalls unter Verwendung Ihrer Brille oder Kontaktlinsen)?**

- Ich verfüge über ausgezeichnete Sehkraft.
- Mein Sehvermögen ist normal.
- Ich habe etwas Schwierigkeiten beim Fokussieren oder sehe Dinge unscharf, wie beispielsweise Kleingedrucktes, Zeitungsartikel oder weit entfernte Objekte.
- Ich habe große Probleme damit, Dinge zu sehen. Ich sehe alles verschwommen. Ich kann nur soviel erkennen, dass ich gerade so zurechtkomme.
- Ich kann nur allgemeine Umrisse erkennen. Ich brauche jemanden, der mich umherführt.
- Ich bin vollständig blind.

**F19 Wie würden Sie Ihr Hörvermögen einschätzen (gegebenenfalls unter Verwendung Ihres Hörgerätes)?**

- Ich höre ausgezeichnet.
- Ich höre normal.
- Ich habe einige Probleme beim Hören oder höre nicht deutlich. Ich habe Schwierigkeiten zu hören, wenn Menschen leise sprechen oder wenn es Hintergrundgeräusche gibt.
- Ich habe Probleme damit, etwas deutlich zu hören. Ich verstehe häufig nicht, was jemand sagt. Für gewöhnlich nehme ich nicht an Unterhaltungen teil, weil ich nicht hören kann, was gesagt wird.
- Ich höre wirklich sehr wenig. Ich kann laute Stimmen, die sich direkt an mich wenden, nicht voll und ganz verstehen.
- Ich bin vollständig taub.

**F20 Wie sehen Sie sich, wenn Sie sich mit anderen Menschen verständigen (z. B. durch Sprechen, Zuhören, Schreiben, Gebärdensprache)?**

- Ich habe keine Schwierigkeiten, mit ihnen zu sprechen oder zu verstehen, was sie sagen.
- Ich habe einige Schwierigkeiten, von Menschen verstanden zu werden, die mich nicht kennen. Ich habe keine Schwierigkeiten zu verstehen, was andere Menschen zu mir sagen.
- Ich werde nur von Menschen verstanden, die mich gut kennen. Ich habe große Schwierigkeiten zu verstehen, was andere Menschen zu mir sagen.
- Ich kann mit anderen Menschen nicht angemessen kommunizieren.

**F21 Besteht aufgrund ihres Sehvermögens die Gefahr, dass Sie sich verletzen (z. B. wenn Sie sich im Haus, im Garten, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz umherbewegen)?**

- Es ist höchst unwahrscheinlich, dass ich mich aufgrund meines Sehvermögens verletze.
- Es besteht eine geringe Möglichkeit.
- Es könnte durchaus passieren.
- Es ist sehr wahrscheinlich.
- Mit ziemlicher Sicherheit wird mein Sehvermögen dazu führen, dass ich mich verletze.

**F22 Erschwert Ihr Sehvermögen es Ihnen, mit den Anforderungen in Ihrem Leben zurechtzukommen?**

**Mein Sehvermögen...**

- hat keinerlei Auswirkungen auf meine Fähigkeit, mit den Anforderungen in meinem Leben zurechtzukommen.
- erschwert es mir keineswegs, mit den Anforderungen des Lebens zurechtzukommen.
- Erschwert es mir ein wenig, mit allem zurechtzukommen.
- erschwert es mir in gewissem Maße, mit allem zurechtzukommen.
- erschwert alles sehr stark.
- setzt mich außer Stande, überhaupt zurechtzukommen.

**F23 Hat ihr Sehvermögen Auswirkungen auf Ihre Fähigkeit, Freundschaften zu haben?**

**Mein Sehvermögen...**

- erleichtert es mir, Freundschaften zu haben.
- hat keinerlei Auswirkungen auf meine Freundschaften.
- erschwert es mir, Freundschaften zu haben.
- erschwert es mir sehr, Freundschaften zu haben.
- erschwert es mir extrem, Freundschaften zu haben.
- macht mir Freundschaften unmöglich.
- Nicht zutreffend. Ich habe keine Freundschaften.

**F24 Haben Sie Schwierigkeiten, die Hilfe zu organisieren, die Sie eventuell benötigen?**

- Ich habe keine Schwierigkeiten, die Hilfe zu organisieren, die ich vielleicht benötige.
- Ich habe leichte Schwierigkeiten, Hilfe zu organisieren.
- Ich habe in gewissem Maße Schwierigkeiten, Hilfe zu organisieren.
- Ich habe erhebliche Schwierigkeiten, Hilfe zu organisieren.
- Ich bin gar nicht in der Lage, mir Hilfe zu organisieren.
- Nicht zutreffend. Ich muss mir nie Hilfe organisieren.

**F25 Erschwert Ihnen Ihr Sehvermögen, die Rollen wahrzunehmen, die Sie gerne im Leben wahrnehmen würden (z. B. in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft etc.)?**

**Mein Sehvermögen...**

- hat keinerlei Auswirkungen auf meine Fähigkeit, diese Rollen wahrzunehmen.
- erschwert es mir nicht, diese Rollen wahrzunehmen.
- erschwert es mir ein wenig, diese Rollen wahrzunehmen.
- erschwert es mir in gewissem Maße, diese Rollen wahrzunehmen.
- erschwert es mir sehr, diese Rollen wahrzunehmen.
- macht es mir unmöglich, diese Rollen wahrzunehmen.

**F26 Hat Ihr Sehvermögen einen Einfluss auf Ihr Selbstvertrauen, sich an alltäglichen Aktivitäten zu beteiligen?**

**Mein Sehvermögen...**

- verleiht mir bei der Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten mehr Selbstsicherheit.
- hat keinen Einfluss auf meine Selbstsicherheit, mich an alltäglichen Aktivitäten zu beteiligen.
- nimmt mir ein klein wenig die Selbstsicherheit.
- nimmt mir in gewissem Maße die Selbstsicherheit.
- nimmt mir in erheblichem Maße die Selbstsicherheit.
- nimmt mir jegliche Selbstsicherheit.