

Beurteilung der patientenberichteten Ergebnisse KDQOL™ 35 Symptomliste

Was ist der Zweck der Studie?

Dieser Teil der Studie wird in Zusammenarbeit mit Ärzten und deren Patienten durchgeführt. Zweck der Studie ist es, die Lebensqualität sowie die Symptome von Patienten mit primärem Hyperparathyreoidismus (Nebenschilddrüsen-Überfunktion) zu beurteilen.

Was muss ich tun?

Für diese Studie bitten wir Sie, heute einen Fragebogen zu Ihrer Gesundheit und zu Ihrem Wohlbefinden auszufüllen. Tragen Sie bitte zu jeder Frage ein "X" in das entsprechende Kästchen ein.

Vertraulichkeit der Informationen

Sie werden nicht nach Ihrem Namen gefragt. Ihre Antworten werden zusammen mit denen anderer Teilnehmer bei der Erfassung der Studienresultate verwendet. Jegliche Information, die eine Identifizierung von Ihnen ermöglichen könnte, wird als streng vertraulich erachtet.

Wie profitiere ich von der Teilnahme an der Studie?

Ihre Informationen geben uns Aufschluss darüber, wie Sie zu Ihrer Behandlung stehen. Zudem bieten sie uns Einsicht in die Auswirkungen, die die medizinische Behandlung auf die Gesundheit von Patienten hat. Diese Informationen helfen uns, die Behandlung der Patienten mit primärem Hyperparathyreoidismus (Nebenschilddrüsen-Überfunktion) zu beurteilen.

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie sehr Ihnen gewisse Zustände in den letzten 4 Wochen zu schaffen gemacht haben. Geben Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihr Befinden am besten beschreibt.

1. Wie sehr haben Ihnen in den letzten 4 Wochen folgende Punkte zu schaffen gemacht? [Kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an.]

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Sehr	Extrem
A Trockene Haut?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B Juckende Haut?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C Kraftlosigkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D Müdigkeit, Schwäche?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E Schlaptheit?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F Muskelschmerzen?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G Übermässiger Durst?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H Trockener Mund?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
I Gelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
J Schlafstörungen?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
K Neigung zu Blutergüssen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
L Schläfrigkeit tagsüber?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
M Krämpfe während der Dialyse?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
N Gelenksteifigkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O Hoher Blutdruck?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
P Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Q Taubheitsgefühl in Händen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
R Knochenschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Sehr	Extrem
S Muskelkrämpfe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
T Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
U Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V Übelkeit oder Magenverstimmung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
W Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
X Gedächtnisstörungen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Y Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Z Krämpfe nach der Dialyse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AA Schwäche- oder Schwindelgefühl?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BB Hitze- oder Kältewallungen über einen unbestimmten Zeitraum?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CC Konzentrations- schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DD Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EE Verschwommene Sicht?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FF Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
GG Geschwollene Knöchel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
HH Verlust des Geschmackssinns?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
II Gerinnungsstörungen oder andere Schwierigkeiten am intravenösen Zugang?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5