

CU-Q₂₀L – Deutsche Version

Fragebogen zur Lebensqualität von Patienten mit Chronischer Spontaner Urtikaria

Name: _____ Datum: _____

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum: _____

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Fragen. Bitte lesen Sie sich jede Frage durch und wählen Sie aus den fünf Antworten diejenige aus, die für Sie am ehesten zutrifft. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, alle Fragen zu beantworten und für jede Frage nur eine Antwort zu geben, d.h. nur ein Kästchen pro Frage anzukreuzen.

	gar nicht	wenig	ziemlich	viel	sehr viel
Wie sehr wurden sie in den letzten 14 Tagen von folgenden Symptomen geplagt? 1. Juckreiz 2. Quaddeln 3. Schwellung der Augen 4. Schwellung der Lippen	<input type="checkbox"/>				
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Geben Sie an, ob Sie in den letzten 14 Tagen in den nachfolgend aufgeführten Bereichen des täglichen Lebens von Ihrer Nesselsucht (Urtikaria) eingeschränkt wurden. 5. Arbeit 6. Körperliche Betätigung 7. Schlaf 8. Freizeit 9. Soziale Beziehungen 10. Ernährung	<input type="checkbox"/>				

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir näher auf die Schwierigkeiten und Probleme eingehen, die mit Ihrer Nesselsucht (Urtikaria) verbunden sein können (bezüglich der letzten 14 Tage).					
11. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>				
12. Wachen Sie nachts auf?	<input type="checkbox"/>				
13. Sind Sie tagsüber müde, da Sie nachts nicht richtig schlafen?	<input type="checkbox"/>				
14. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
15. Fühlen Sie sich nervös?	<input type="checkbox"/>				
16. Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>				
17. Müssen Sie sich bei der Auswahl an Speisen einschränken?	<input type="checkbox"/>				
18. Belasten Sie die Krankheitszeichen, die durch die Nesselsucht (Urtikaria) auf Ihrem Körper erscheinen?	<input type="checkbox"/>				
19. Schämen Sie sich, öffentliche Orte aufzusuchen?	<input type="checkbox"/>				
20. Stellt die Anwendung von Kosmetika ein Problem für Sie dar (z.B. Parfums, Cremes, Lotionen, Badeschaum, Schminke)?	<input type="checkbox"/>				
21. Sind Sie bei der Wahl Ihrer Kleidung eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>				
22. Schränken Sie ihre sportlichen Aktivitäten aufgrund der Nesselsucht (Urtikaria) ein?	<input type="checkbox"/>				
23. Leiden Sie unter den Nebenwirkungen der Medikamente, die Sie gegen die Nesselsucht (Urtikaria) einnehmen?	<input type="checkbox"/>				