

Name Patient/Geb.datum \_\_\_\_\_

## Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex

(GLQI nach Eypasch, 1993), bitte die Ziffern in die Kästchen eintragen

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Wie häufig in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> | 19. Wie sehr hat sich, bedingt durch die Erkrankung, Ihr allgemeiner Kräftezustand verschlechtert?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)                                  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Sie Völlegefühl im Oberbauch gestört?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> | 20. Wie sehr haben Sie, bedingt durch Ihre Erkrankung, Ihre Ausdauer verloren?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich belästigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 21. Wie sehr haben Sie durch Ihre Erkrankung Ihre Fitness verloren?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Windabgang gestört?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 22. Haben Sie Ihre normalen Alltagsaktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Haushalt) während der letzten 2 Wochen fortführen können?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Rülpsen oder Aufstoßen belästigt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                                   | <input type="checkbox"/> | 23. Haben Sie während der letzten 2 Wochen Ihre normalen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby usw.) fortführen können?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(4) (3) (2) (1) (0)            | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie auffallende Magen- oder Darmgeräusche?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> | 24. Haben Sie sich während der letzten 2 Wochen durch die medizinische Behandlung sehr beeinträchtigt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch häufigen Stuhlgang gestört?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 25. In welchem Ausmaß hat sich das Verhältnis zu Ihnen nahestehenden Personen durch Ihre Erkrankung verändert?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)                      | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Spaß und Freude am Essen?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(4) (3) (2) (1) (0)   | <input type="checkbox"/> | 26. In welchem Ausmaß ist Ihr Sexualleben durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie oft haben Sie bedingt durch Ihre Erkrankung auf Speisen, die Sie gerne essen, verzichten müssen?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                       | <input type="checkbox"/> | 27. Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wie sind Sie während der letzten 2 Wochen mit dem alltäglichen Streß fertig geworden?<br>sehr schlecht, schlecht, mäßig, gut, sehr gut<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 28. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Ihre langsame Eßgeschwindigkeit beeinträchtigt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)               | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wie oft in den letzten 2 Wochen waren Sie traurig darüber, daß Sie krank sind?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> | 29. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Beschwerden beim Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)      | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie nervös oder ängstlich wegen Ihrer Erkrankung?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                                | <input type="checkbox"/> | 30. Wie oft in den letzten 2 Wochen wurden Sie durch dringenden Stuhlgang belästigt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie mit Ihrem Leben allgemein zufrieden?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(4) (3) (2) (1) (0)   | <input type="checkbox"/> | 31. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Durchfall Sie belästigt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wie häufig waren Sie in den letzten 2 Wochen frustriert über Ihre Erkrankung?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 32. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Verstopfung Sie belästigt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wie häufig in den letzten 2 Wochen haben Sie sich müde oder abgespannt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 33. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                                      | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wie häufig haben Sie sich in den letzten 2 Wochen unwohl gefühlt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 34. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Blut im Stuhlgang Sie beunruhigt?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wie oft während der letzten Woche (1 Woche!) sind Sie nachts aufgewacht?<br>jede Nacht, 5 bis 6 Nächte, 3 bis 4 Nächte, 1 bis 2 Nächte, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)  | <input type="checkbox"/> | 35. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> |
| 18. In welchem Maß hat Ihre Erkrankung zu störenden Veränderungen Ihres Aussehens geführt?<br>sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht<br>(0) (1) (2) (3) (4)   | <input type="checkbox"/> | 36. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch ungewollten Stuhlabgang gestört?<br>die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie<br>(0) (1) (2) (3) (4)                                    | <input type="checkbox"/> |