

Präventionsfragebogen Medgate

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt beschreiben?
 - a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut
 - c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht

2. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität insgesamt beschreiben?
 - a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut
 - c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht

3. Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand insgesamt beschreiben?
 - a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut
 - c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht

4. Wie würden Sie Ihre psychische Verfassung insgesamt beschreiben? Dazu zählen Ihre Stimmung und Ihre Fähigkeit, klar zu denken.
 - a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut
 - c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht

5. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihren Aktivitäten mit anderen Menschen und mit Ihren Beziehungen zu anderen?
 - a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut

- c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht
6. Wie gut sind Sie insgesamt in der Lage, Aktivitäten mit anderen Menschen nachzugehen und Ihre Rollen im Alltag und in der Gemeinschaft auszufüllen? (Dazu zählen Aktivitäten zu Hause, am Arbeitsplatz, in Ihrem Umfeld sowie Ihre Aufgaben als Elternteil, Sohn, Tochter, Lebenspartner/-in, im Berufsleben, in Ihrem Freundeskreis usw.).
- a. Ausgezeichnet
 - b. Sehr gut
 - c. Gut
 - d. Einigermassen
 - e. Schlecht
7. Inwieweit sind Sie in der Lage, alltägliche körperliche Aktivitäten auszuführen, z. B. Gehen, Treppensteigen, Einkäufe tragen oder Stühle verschieben?
- a. Vollständig
 - b. Größtenteils
 - c. Halbwegs
 - d. Ein wenig
 - e. Überhaupt nicht
8. In den letzten 7 Tagen: Wie oft haben Ihnen seelische Probleme zu schaffen gemacht, wie z. B. Angstgefühle, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit?
- a. Nie
 - b. Selten
 - c. Manchmal
 - d. Oft
 - e. Immer
9. In den letzten 7 Tagen: Wie ausgeprägt war Ihre Müdigkeit im Allgemeinen?
- a. Keine Müdigkeit
 - b. Schwach
 - c. Mässig
 - d. Stark
 - e. Sehr stark

10. In den letzten 7 Tagen: Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Allgemeinen einschätzen?

Skala 0-10

0= keine Schmerzen

10= schlimmste vorstellbare Schmerzen

11. Treten bei Ihnen derzeit folgende Symptome auf?

	Ja	Nein	Ich bin mir nicht sicher	Für mich nicht relevant
Unbeabsichtigtes Wasserlassen / Urinverlust oder andere störende Beschwerden beim Wasserlassen (z. B. Schmerzen, starker Harndrang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbeabsichtigter Verlust von Stuhlgang (Kot) oder andere störende Beschwerden beim Stuhlgang (z. B. Schmerzen, plötzlicher Drang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit der gewünschten sexuellen Funktionsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein sehr belastendes Lebensereignis (z. B. Tod, Verlust, Scheidung, schwere Krankheit bei Ihnen selbst oder Ihren Angehörigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wurden medizinische Informationen verständlich erklärt?

Voll und ganz weitgehend teilweise überhaupt nicht keine Angabe

13. Waren die nächsten Schritte (z. B. weitere Termine, Medikamente, Überweisungen) für Sie klar?

Voll und ganz weitgehend teilweise überhaupt nicht keine Angabe

14. Wurde die verfügbare Zeit so genutzt, dass Ihre wichtigsten Anliegen besprochen werden konnten?

Voll und ganz weitgehend teilweise überhaupt nicht keine Angabe
