

## Fragebogen zur Symptom-Last

Wird online angeboten, auf Papier nur ausnahmsweise

### VOR, Anfang der Beobachtungszeit Und nochmals NACH der Beobachtungszeit

Fragebogen VOR und NACH der Beobachtungszeit,  
wird den Teilnehmern **per Smartphone oder Internet angeboten, für zu Hause  
NICHT in der Ordination**

#### Quelle :

*Schäfer, S. K., Weidner, K. J., Becker, N., Stokes, C. S., Lammert, F. & Köllner, V. (2018). RDF. Reizdarm-Fragebogen [Verfahrensdokumentation und Fragebogen mit Auswertung]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.  
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.6566>*

Sehr geehrte Frau  
Sehr geehrter Herr

Danke dass Sie sich für eine Teilnahme bei unserer Reizdarmstudie entschieden haben. Wir sind laufend um die Qualität unserer Diagnose und Behandlungsmethoden bemüht. Ihr Mitwirken an der Studie wird uns helfen Ihre Krankheit zu verstehen, und ist ein Beitrag die Diagnose und Therapie zu verbessern.

Wenn Sie sich mit den Fragen auseinandersetzen: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten wie in der Schule. Was zählt ist einzig und allein Ihre Sichtweise. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus.

Wenn Sie an die letzte Woche denken ..... Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen auf einer Skala von 1 bis 7.

	In der vergangenen Woche litt ich unter ....	überhaupt nicht	Geringfügig	leicht	mäßig	mäßig stark	stark	sehr stark
1	Bauchschmerzen oder Beschwerden?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2	Schmerzen oder Beschwerden im Bauchraum, die sich nach Stuhlgang lösten?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3	abgehende Blähungen?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4	Blähungsgefühl?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5	Verstopfung?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6	Durchfall (häufiger Stuhlgang)?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

7	flüssiger Stuhlgang?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8	harter Stuhlgang?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9	dringendes Bedürfnis, zur Toilette zu müssen, um den Darm zu entleeren?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10	Gefühl, dass der Darm nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert war?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11	Völlegefühl, kurz nach Beginn der Mahlzeit?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12	Völlegefühl, das noch lange nach dem Essen anhält?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13	sichtbar aufgeblähter Bauch?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

## Schlaf-Qualität,

*Dieck A, Morin CM, Backhaus J. A German version of the Insomnia Severity Index: Validation and identification of a cut-off to detect insomnia. Somnologie. 2018; 22: 27-35*

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen an, was am besten Ihrem Schlafmuster in den letzten Wochen entspricht

Schwierigkeit einzuschlafen	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
Schwierigkeit durchzuschlafen	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
Das Problem, am Morgen früh aufzuwachen	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
Wie zufrieden / unzufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schlafverhalten	Sehr zufrieden	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden	Sehr unzufrieden

## Stimmung/Lebensfreude?

### WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

## Wie würden Sie Ihren Energiehaushalt beschreiben?

### Morgens ist mein Energielevel

Schiebe-Skala 1-10 :

Sehr Nieder 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 perfekt hoch

### Tagsüber ist mein Energie-Level ...

Schiebe-Skala 1-10 :

Sehr Nieder 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 perfekt hoch

### Abends ist mein Energielevel

Schiebe-Skala 1-10 :

Sehr Nieder 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 perfekt hoch

## Sonstiges

### Kopfschmerzen ?

1. Wie häufig ?  Nie  kommt vor  regelmäßig oft  jeden Tag

### **Beeinträchtigung insgesamt?**

Wie stark fühlen Sie sich beeinträchtigt?

Gar nicht    1-----2-----3----- 4-----5-----6-----7-----8-----9-----10    stark beeinträchtigt

### **Stressiger Alltag ?**

NEIN,

JA

ich bin ganz locker - 1-----2-----3----- 4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 - ich bin gestresst