

*e-supplemental Figure*  
**The German version of the FROM-16©**

**Familienberichtete Daten zur Lebensqualität**

Bei den folgenden Fragen geht es darum, welche Auswirkungen die Erkrankung Ihres Familienmitgliedes zurzeit auf Ihr Leben hat.  
 Kreuzen Sie bei jeder der 16 Fragen jeweils ein Kästchen an.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Ihr Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Ihr Geschlecht: weiblich  männlich

Bitte tragen Sie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten/ zur Patientin ein:

Ich bin der / die \_\_\_\_\_ des Patienten / der Patientin

Diagnose des Patienten / der Patientin: \_\_\_\_\_

**Teil 1: Emotionales**

Aufgrund der Erkrankung meines Familienmitgliedes ... *gar nicht* *ein wenig* *sehr*

1. mache ich mir Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bin ich wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. bin ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. bin ich frustriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ist es schwierig, jemanden zu finden, mit dem ich über meine Gedanken sprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ist es schwierig, für mein Familienmitglied zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 2: Privatleben und soziale Beziehungen**

Aufgrund der Erkrankung meines Familienmitgliedes ... *gar nicht* *ein wenig* *sehr*

7. ist es schwierig, Zeit für mich selbst zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ist meine Mobilität (Verrichtung der täglichen Wege) betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. sind meine Essgewohnheiten betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. sind meine Familienaktivitäten betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich Probleme, in den Urlaub zu fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist mein Sexualeben betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ist meine Arbeit / mein Studium betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sind meine Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. sind die Ausgaben in meiner Familie gestiegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ist mein Schlaf betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte prüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

German translation (2015) S Elsner, A Katalinic, A Waldmann.  
 For permission to use FROM-16, contact the following copyright holders:  
 © FROM-16 MS Salek, AY Finlay, MKA Basra, CJ Golics, 2012.