

Fragebogen zu den von der Familie berichteten Ergebnissen (FROM-16)®

Bei den folgenden Fragen geht es darum, welche Auswirkungen die Erkrankung Ihres Familienmitglieds **zurzeit** auf **Ihr** Leben hat.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der 16 Fragen jeweils ein Kästchen an.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Ihr Alter: _____

Ihr Geschlecht: weiblich / männlich

Ihre Beziehung zum Patienten/zur Patientin: _____

Diagnose des Patienten/der Patientin: _____

Teil 1: Emotionales

Aufgrund der Erkrankung meines Familienmitglieds ...	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 Familienmitglieds ...	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) beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. sind meine Essgewohnheiten beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. sind meine Familienaktivitäten beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich Probleme, auf Urlaub zu fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist mein Sexualleben beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ist meine Arbeit/mein Studium beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sind meine Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. sind die Ausgaben für meine Familie gestiegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ist mein Schlaf beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Vielen Dank.

Von der Dienststelle auszufüllen

Punktzahl für Teil 1 (von 12): _____

Punktzahl für Teil 2 (von 20): _____

Gesamtpunktzahl (von 32): _____