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

Vertraulich

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 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. bin ich wütend |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. bin ich traurig |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. bin ich frustriert |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist es schwierig, jemanden zu finden, mit dem ich über meine Gedanken sprechen kann |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist es schwierig, für mein Familienmitglied zu sorgen |  |  |  |  |  |

**Teil 2: Privatleben und soziale Beziehungen**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ist es schwierig, Zeit für mich selbst zu finden |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist meine Mobilität (Verrichtung der täglichen Wege) beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. sind meine Essgewohnheiten beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. sind meine Familienaktivitäten beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. habe ich Probleme, auf Urlaub zu fahren |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist mein Sexualleben beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist meine Arbeit/mein Studium beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. sind meine Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern beeinträchtigt |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. sind die Ausgaben für meine Familie gestiegen |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1. ist mein Schlaf beeinträchtigt |  |  |  |  |  |

**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): \_\_\_ |