

Die folgenden Fragen betreffen Aktivitäten Ihres alltäglichen Lebens. Während dieser Aktivitäten können Sie aufgrund Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen erleben.

Jede Frage beginnt mit: **Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen im täglichen Leben.**

Bitte beantworten Sie jede Frage mit:

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	• Sie üben alle Aktivitäten selbstständig ohne Mühe in einem normalen Tempo aus • Sie haben Mühe diese Aktivitäten auszuüben, allerdings nicht infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung • Sie üben die Aktivität nicht aus und erleben dies aber nicht als Einschränkung
Ja, teilweise Einschränkungen	• zum Beispiel: Sie benötigen mehr Zeit für die Aktivität, Sie müssen sich zwischendurch ausruhen, Sie üben die Aktivität seltener oder kürzer aus ...
Ja, große Einschränkungen	• zum Beispiel: Sie benötigen Hilfe bei Ihrer Aktivität, Sie üben diese Aktivität mit Unterstützung aus, Sie benötigen viel mehr Zeit, Sie müssen zwischendurch viel mehr ausruhen, Sie üben die Aktivität viel seltener oder viel kürzer aus ...
Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	• Sie können die Aktivität überhaupt nicht ausüben • Sie haben wegen Ihrer Behandlung oder Therapie die Aktivität noch nicht ausgeübt

Wichtig:

1. Zu jeder Frage werden beispielhaft einige Aktivitäten genannt. Möglicherweise treffen diese Beispiele nicht exakt auf Sie zu. Wir empfehlen Ihnen, sich nicht ausschließlich an den erwähnten Beispielen zu orientieren.
2. Es kann sein, dass Sie bei einigen der genannten Beispiele Einschränkungen erleben und bei anderen nicht. Beim Beantworten der jeweiligen Frage beziehen Sie sich dann bitte auf das Beispiel, in dem Sie Einschränkungen erleben.
3. Es ist möglich, dass Sie in einigen Situationen Hilfsmittel nutzen, sich aber dadurch nicht eingeschränkt fühlen. Bitte antworten Sie in diesem Fall, dass Sie keine Einschränkungen erleben.

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

1. ... beim Gebrauch Ihrer Sinne?				
z.B. • Sehen • Hören • Schmecken • Riechen • Fühlen (heiß, kalt, Oberflächenbeschaffenheit)				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

2. ... beim (erneuten) Erlernen von Fertigkeiten?				
z.B. • Lesen, Schreiben oder Rechnen lernen • Lernen, mit einem neuen Gegenstand umzugehen • Eine neue Sportart oder ein neues Spiel lernen				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

3. ... aufgrund von Gedächtnisproblemen, Konzentrationsproblemen oder Problemen beim Denken?				
z.B. • Ereignisse oder Termine behalten • konzentriert zuhören, wenn jemand etwas erzählt • Sprach- oder Rechenproblemen lösen • Entscheiden, was man abends essen will				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

4. ... beim Planen und Ausüben von Aktivitäten in einer ruhigen Umgebung in der Sie keinem Stress ausgesetzt sind?				
z.B. • etwas anfangen • etwas zu Ende bringen • Zeit und Aufgaben gut einteilen • beim Zusammenarbeiten • Vereinbarungen einhalten				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

5. ... beim Planen und Ausüben von Aktivitäten in einer geschäftigen Umgebung, in der Sie Stress ausgesetzt sind?

- z.B.
- etwas anfangen
 - etwas zu Ende bringen
 - Zeit und Aufgaben gut einteilen
 - beim Zusammenarbeiten
 - Vereinbarungen einhalten

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

6. ... beim Verstehen von Menschen oder Zeichen/Bildern, die Ihnen etwas deutlich machen wollen?

- z.B.
- wenn Menschen etwas sagen
 - durch Abbildungen auf Verkehrsschildern oder Landkarten
 - durch geschriebene Nachrichten
 - durch Körperhaltung/Gesten

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

7. ... wenn Sie anderen deutlich machen wollen, was Sie meinen?

- z.B.
- wenn Sie etwas sagen
 - wenn Sie etwas aufschreiben
 - durch Ihre Körperhaltung

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

8. ... beim Führen eines Gespräches?

- z.B.
- eines Gespräch anfangen oder beenden
 - mit mehreren Personen sprechen
 - beim inhaltlichen Besprechen oder beim diskutieren eines Themas
 - Unterhaltung mittels Mobiltelefon oder Computer

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

9. ... beim Ändern oder Beibehalten einer Körperposition?

- z.B.
- hinsetzen, hinlegen oder aufstehen
 - bücken, hocken, knien
 - sitzen bleiben, liegen bleiben, stehen bleiben

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

10. ... beim Heben oder Tragen von leichten oder schweren Gegenständen?

- z.B.
- eine Wasserflasche
 - ein kleines Kind
 - ein voller Eimer Wasser

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

11. ... beim Bewegen von Gegenständen mit den Beinen oder den Füßen?

- z.B.
- eine Fahrradpedale treten
 - Gegenständen wegschieben
 - einen Balls schießen

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

12. ... beim präzisen Einsatz der Hände?

- z.B.
- Eine Bluse/ein Hemd zuknöpfen
 - Eine Türklinke greifen
 - Eine Münze greifen oder loslassen

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

13. ... beim Ausführen von größeren Bewegungen mit den Armen oder Händen?

- z.B.
- Etwas fangen oder werfen
 - Etwas ziehen oder schieben
 - Einen Gegenstand über Kopfhöhe greifen

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

14. ... beim Gehen mit oder ohne Hilfsmittel?				
z.B. • Drinnen laufen • Draußen laufen • Treppensteigen (mehr als zwei Stufen) • Längere Strecken gehen (mehr als ein Kilometer)				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

15. ... beim Benutzen von Fahrzeugen oder Verkehrsmitteln?				
z.B. • Fahrrad, Motorroller oder Moped fahren • Öffentliche Verkehrsmittel • Auto oder Motorrad fahren • Als Beifahrer im Auto oder Taxi				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

16. ... beim waschen, duschen, baden oder beim an- und ausziehen?				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

17. ... beim täglichen Toilettengang, zu Hause oder auswärts?				
z.B. • Pflege von Haut, Haaren, Zähnen, Finger- oder Fußnägeln • Auch Pflege bei Inkontinenz oder Stoma				
Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben	
☐	☐	☐	☐	

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

18. ... Ihre Gesundheit zu pflegen und zu erhalten?

- z.B.
- Selbstständig essen oder trinken
 - Eine gute körperliche Verfassung wahren
 - Ein gesunder Lebensstil
 - Verhüten von übermäßigem Drogen- oder Alkoholkonsum
 - Kälte oder Schmerz vermeiden

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

19. ... bei den täglich anfallenden Einkäufen?

- z.B.
- Beim auswählen
 - Beim zahlen
 - Beim transportieren

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

20. ... bei den anfallenden Hausarbeiten?

- z.B.
- Sauber machen und Aufräumen inner- und außerhalb des Hauses / der Wohnung
 - Kochen und abwaschen
 - Wäsche waschen
 - Bettwäsche wechseln

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

21. ... bei der Pflege Ihrer Pflanzen, Haustiere oder Ihrer persönlicher Sachen?

- z.B.
- Kleidung flicken
 - Pflanzen oder den Garten pflegen
 - (Haus)Tiere versorgen

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

22. ... wenn Sie anderen Personen helfen?

- z.B.
- Bei den Hausaufgaben
 - Kinder erziehen
 - Bei der Pflege von kranken Familienmitgliedern

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

23. ... bei sozialen Umgangsformen mit Menschen?

- z.B.
- Respekt oder Anerkennung zeigen
 - Hand geben/Schulterklopfen
 - Umarmen/küssen
 - Ihre Gefühle kontrollieren

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

24. ... beim Aufnehmen und Pflegen von formellen Beziehungen?

- z.B.
- Mit KollegInnen
 - Mit Verkaufspersonal
 - Mit Unbekannten

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

25. ... beim Aufnehmen oder Pflegen von informellen Beziehungen oder familiären Beziehungen?

- z.B.
- Mit Freunden oder Bekannten
 - Mit Eltern oder Kindern
 - Mit Brüdern oder Schwestern
 - Mit Großeltern, Onkeln oder Tanten

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

26. ... beim Aufnehmen oder Pflegen von intimen Beziehungen?

- z.B.
- In Liebesbeziehungen
 - In Partnerschaften (Ehe, Lebenspartnerschaft)
 - In sexuellen Kontakten

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

27. ... einer Ausbildung/Arbeit nachzugehen oder bei der Suche nach Arbeit (bezahlt oder unbezahlt)?

- z.B.
- Lernen, Studieren, einer Ausbildung nachgehen
 - Eine Anstellung finden, sich bewerben oder eine Stelle haben
 - Aufgaben bei der Arbeit nachgehen
 - Mit anderen Schülern, Studierenden oder KollegInnen zusammenarbeiten
 - Erreichbarkeit oder Zugänglichkeit von Gebäuden

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

28. ... im Umgang mit Geld oder anderen finanziellen Angelegenheiten?

- z.B.
- Produkte im Geschäft auswählen und bezahlen
 - Ein Sparbuch führen
 - Größere finanzielle Geschäfte wie z. B. ein Darlehen aufnehmen

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

29. ... bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten?

- z.B.
- Im Verein oder einer Organisation mitmachen
 - An Hochzeiten oder Beerdigungen teilnehmen

Nein, überhaupt keine Einschränkungen	Ja, teilweise Einschränkungen	Ja, große Einschränkungen	Ja, ich kann das überhaupt nicht ausüben
☐	☐	☐	☐

Erleben Sie infolge Ihrer Erkrankung oder Behinderung Einschränkungen ...

30. ... bei der Beteiligung an Erholungs- oder Freizeitaktivitäten?

- z.B.
- Ausgehen (Café, Vorstellung)
 - Hobby (Wettbewerb) Sport oder Spiel
 - Mit anderen etwas unternehmen
 - Reisen, Urlaub

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

31. ... bei der Beteiligung an religiösen oder spirituellen Aktivitäten?

- z.B.
- Einen Gottesdienst, Moscheebesuch usw.
 - Beten, Meditieren usw.

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐

32. ... bei der Erfüllung Ihrer Rolle als BürgerIn?

- z.B.
- An Wahlen, Abstimmungen teilnehmen
 - An Versammlungen teilnehmen
 - An Demonstrationen/Kundgebungen teilnehmen
 - Aktives Mitglied in einer Partei sein

Nein, überhaupt keine
Einschränkungen

☐

Ja, teilweise
Einschränkungen

☐

Ja, große
Einschränkungen

☐

Ja, ich kann das
überhaupt nicht ausüben

☐