

GO-FRAGEBOGEN- Deutsch

initial

follow-up

Datum

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihre Augenerkrankung (endokrine Orbitopathie).

Bitte beziehen Sie sich in der Beantwortung dieser Fragen ausschliesslich auf die vergangene Woche.

In welchem Ausmass waren während der letzten Woche die unten beschriebenen Tätigkeiten wegen der endokrinen Orbitopathie eingeschränkt?

Bitte kreuzen sie jeweils das entsprechende Kästchen an. Die Kästchen entsprechen den unten aufgeführten Antwortmöglichkeiten. Bitte geben Sie pro Frage nur eine Antwort.

	Ja sehr eingeschränkt	Ja ein bisschen eingeschränkt	Nein überhaupt nicht eingeschränkt	
1) Fahrradfahren (Ich kann nicht Fahrradfahren <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Autofahren (Ich habe keinen Führerschein <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Bewegung innerhalb der häuslichen Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Bewegung ausserhalb der häuslichen Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) Hobbys/ Freizeitbeschäftigung welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja sehr	Ja ein wenig	Nein überhaupt nicht	
8) Konnten Sie im Lauf der vergangenen Woche wegen der endokrinen Orbitopathie etwas nicht machen, das Sie gerne getan hätten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die endokrine Orbitopathie im Allgemeinen

	Ja sehr	Ja ein wenig	Nein gar nicht	
9) Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Aussehen durch die endokrine Orbitopathie verändert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) Haben Sie den Eindruck, auf der Strasse wegen Ihres durch die endokrine Orbitopathie veränderten Aussehens angestarrt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11) Haben Sie den Eindruck, dass andere Menschen auf Sie wegen Ihrer endokrinen Orbitopathie unangenehm reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12) Glauben Sie, dass die endokrine Orbitopathie Ihr Selbstvertrauen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13) Haben Sie das Gefühl, durch die endokrine Orbitopathie sozial isoliert zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14) Glauben Sie, dass die endokrine Orbitopathie Ihre Fähigkeit, neue Freunde kennenzulernen, beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15) Haben Sie den Eindruck, dass Sie wegen der endokrinen Orbitopathie weniger häufig auf Fotografien abgebildet sind als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16) Versuchen Sie, Veränderungen in Ihrem Aussehen, die durch die endokrine Orbitopathie verursacht werden, zu verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score