

Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht. Bitte setzen Sie pro Zeile genau **ein** Kreuz.

In den letzten 7 Tagen ...	gar nicht	etwas	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1) ... hatte ich Schmerzen an der Wunde	<input type="radio"/>				
2) ... hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	<input type="radio"/>				
3) ... hatte ich störenden Wundausfluss	<input type="radio"/>				
4) ... war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	<input type="radio"/>				
5) ... war die Behandlung der Wunde für mich belastend	<input type="radio"/>				
6) ... war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	<input type="radio"/>				
7) ... hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	<input type="radio"/>				
8) ... habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	<input type="radio"/>				
9) ... hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	<input type="radio"/>				
10) ... hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	<input type="radio"/>				
11) ... konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	<input type="radio"/>				
12) ... war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	<input type="radio"/>				
13) ... hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten	<input type="radio"/>				
14) ... waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	<input type="radio"/>				
15) ... musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	<input type="radio"/>				
16) ... fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	<input type="radio"/>				
17) ... war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	<input type="radio"/>				