

Herzinsuffizienz-Fragebogen (Kansas City) (KCCQ-12)

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre **Herzschwäche** und wie sich diese auf Ihr Leben auswirkt. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu lesen und zu beantworten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte geben Sie die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. **Herzschwäche** wirkt sich auf verschiedene Menschen unterschiedlich aus. Manche spüren eher Kurzatmigkeit, während andere eher Müdigkeit empfinden. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß **Herzbeschwerden** (z.B. Kurzatmigkeit oder Müdigkeit) während der letzten 2 Wochen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt haben, die folgenden Tätigkeiten auszuführen.

Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen.

Tätigkeit	Sehr beein- trächtigt	Ziemlich beein- trächtigt	Mäßig beein- trächtigt	Ein wenig beein- trächtigt	Überhaupt nicht beein- trächtigt	Aus anderen Gründen beeinträchtigt oder Tätigkeit nicht ausgeführt
a. Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ca. 100 m auf ebener Strecke gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Laufen oder sich beeilen (z.B. wenn Sie den Bus erreichen wollen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft waren während der letzten 2 Wochen Ihre Füße, Knöchel oder Beine morgens beim Aufwachen **geschwollen**?
- | | | | | |
|--------------------------|--|---------------------------|---------------------------------|--|
| Jeden
Morgen | 3-mal pro Woche oder
öfter, aber
nicht jeden Tag | 1- bis 2-mal
pro Woche | Weniger als einmal
pro Woche | Niemals während der
letzten
2 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Wie oft hat **Müdigkeit** während der letzten 2 Wochen im Durchschnitt Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, das zu tun, was Sie tun wollten?

Ständig	Mehrals am Tag	Mindestens einmal am Tag	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jeden Tag	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft hat **Kurzatmigkeit** während der letzten 2 Wochen im Durchschnitt Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, das zu tun, was Sie tun wollten?

Ständig	Mehrals am Tag	Mindestens einmal am Tag	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jeden Tag	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie oft waren Sie während der letzten 2 Wochen im Durchschnitt gezwungen, wegen **Kurzatmigkeit** auf einem Stuhl sitzend oder von mindestens 3 Polstern gestützt zu schlafen?

Jede Nacht	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jede Nacht	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. In welchem Ausmaß hat Ihre **Herzschwäche** während der letzten 2 Wochen Ihre Fähigkeit, das Leben zu genießen, beeinträchtigt?

Sehr beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Mäßig beeinträchtigt	Ein wenig beeinträchtigt	Überhaupt nicht beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit Ihrer **Herzschwäche**, so wie sie jetzt gerade ist, verbringen müssten?

Vollkommen unzufrieden	Größtenteils unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Größtenteils zufrieden	Vollkommen zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. In welchem Ausmaß hat sich Ihre **Herschwäche** auf Ihre Lebensweise ausgewirkt?
Bitte geben Sie an, wie Ihre **Herzschwäche** Ihre Teilnahme an folgenden Tätigkeiten während der letzten 2 Wochen beeinträchtigt haben könnte.

Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen.

Tätigkeit	Sehr beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Mäßig beeinträchtigt	Ein wenig beeinträchtigt	Überhaupt nicht beeinträchtigt	Aus anderen Gründen beeinträchtigt oder Tätigkeit nicht ausgeführt
a. Hobbys, Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arbeit / Tätigkeiten im und um das Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Besuche bei Familienmitgliedern oder Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>