

## ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στόχος αυτού του ερωτηματολογίου είναι να εκτιμήσει το βαθμό κατά το οποίο το δερματολογικό σας πρόβλημα επηρέασε την ζωή σας ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ. Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση για κάθε ερώτηση, σημειώνοντας με  το κατάλληλο τετραγωνάκι.

- |     |   |  |                                 |
|-----|---|--|---------------------------------|
| 1.  | Την περασμένη εβδομάδα, πόσο νοιώσατε το δέρμα σας να φαγουρίζει, να ενοχλεί να πονάει ή να τσούζει;  | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> |                                 |
| 2.  | Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας ενόχλησε ή σας απασχόλησε η κατάσταση του δέρματός σας ;   | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> |                                 |
| 3.  | Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στο να πάτε για ψώνια ή να ασχοληθείτε με το σπίτι ή το κήπο σας;   | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στην επιλογή των ρούχων σας ;   | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Την περασμένη εβδομάδα πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στις κοινωνικές σας δραστηριότητες ή στα χόμπυ σας;  | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας δυσκόλεψε η δερματική σας κατάσταση στο να ασχοληθείτε με σπόρ;  | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Την περασμένη εβδομάδα, σας εμπόδισε η δερματική σας κατάσταση να εργαστείτε ή να μελετήσετε;   | Ναι <input type="checkbox"/><br>Όχι <input type="checkbox"/>   | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
|     | Εάν «Όχι», κατά πόσο το δέρμα σας σας δημιούργησε πρόβλημα στη δουλειά ή στη μελέτη την περασμένη εβδομάδα;   | Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/>                                       |                                 |
| 8.  | Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η δερματική σας κατάσταση σας προκάλεσε προβλήματα στην σχέση σας με τον σύντροφό σας ή με κάποιον από τους στενούς σας φίλους ή συγγενείς; | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η δερματική σας κατάσταση σας δημιούργησε προβλήματα στην σεξουαλική σας ζωή;   | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 10. | Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η θεραπεία του δέρματός σας αποτέλεσε πρόβλημα, για παράδειγμα δημιουργώντας ακαταστασία στο σπίτι, ή απαιτώντας αρκετό από το χρόνο σας;   | Πάρα πολύ <input type="checkbox"/><br>Πολύ <input type="checkbox"/><br>Λίγο <input type="checkbox"/><br>Καθόλου <input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |

**Ελέγξτε ότι απαντήσατε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις. Ευχαριστούμε.**