

FertiQoL International

Fragebogen zu Kinderwunsch und Lebensqualität (2008)

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.

Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Bitte beantworten Sie die mit Sternchen (*) markierten Fragen nur dann, wenn Sie einen Partner haben.

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr schlecht	Schlecht	Weder gut noch schlecht	Gut	Sehr gut
A	Wie würden Sie Ihre Gesundheit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
B	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Völlig	Sehr stark	Es geht	Nicht sehr	Überhaupt nicht
Q1	Leiden Ihre Aufmerksamkeit und Konzentration, weil Ihre Gedanken um das Thema Unfruchtbarkeit kreisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihren anderen Zielen und Plänen im Leben aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen nicht vorankommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen ausgelaugt oder erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Glauben Sie, dass Sie Ihre Fertilitätsstörungen verkraften können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Q5	Sind Sie zufrieden mit der Unterstützung, die Sie von Freunden wegen Ihrer Fertilitätsstörungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Sind Sie trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zufrieden mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
Q7	Verspüren Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Neid und Verbitterung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Überkommen Sie Kummer und/oder Verlustgefühle, weil Sie kein Baby (keine Kinder mehr) bekommen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Schwanken Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung hin und her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen von der Gesellschaft ausgegrenzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Sind Sie und Ihr Partner trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zärtlich zueinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Leiden Ihre tägliche Arbeit oder Ihre Pflichten aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen unwohl in gesellschaftlichen Situationen wie im Urlaub oder bei Feierlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Familie versteht, was Sie durchmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
*Q15	Füllen Sie sich durch Ihren unerfüllten Kinderwunsch mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin stärker verbunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen traurig und deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Haben Sie das Gefühl, aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Menschen mit Kindern gegenüber minderwertig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Stört Sie Ihre Ermüdung/Erschöpfung aufgrund Ihres unerfüllten Kinderwunsches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Haben sich Ihre Fertilitätsstörungen negativ auf Ihre Beziehung ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Fällt es Ihnen schwer, sich mit Ihrem Partner über Ihre Gefühle zur Unfruchtbarkeit auszutauschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Sind Sie trotz Ihres unerfüllten Kinderwunsches zufrieden mit Ihrer Beziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Fühlen Sie sich einem gewissen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, (mehr) Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Zorn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Schmerzen und körperliches Unbehagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Optionales Behandlungsmodul

Haben Sie eine Fertilitätsbehandlung angefangen (d. h. auch eine medizinische Beratung oder Intervention)? Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht. Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
T1	Wirkt sich Ihre Fertilitätsbehandlung negativ auf Ihre Gemütsverfassung aus?	<input type="checkbox"/>				
T2	Gibt es medizinische Fertilitätsangebote, auf die Sie gerne zugreifen würden?	<input type="checkbox"/>				

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
T3	Wie kompliziert ist der Umgang mit dem Verfahren und/oder der Verabreichung der Medikation für Ihre Fertilitätsbehandlung(en)?	<input type="checkbox"/>				
T4	Stören Sie die Auswirkungen der Behandlung in Bezug auf Ihre täglichen oder beruflichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
T5	Haben Sie das Gefühl, dass die Reproduktionsmediziner und ihr Team verstehen, was Sie durchmachen?	<input type="checkbox"/>				
T6	Stören Sie die körperlichen Nebenwirkungen der Kinderwunsch- und Hormonbehandlung?	<input type="checkbox"/>				

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
T7	Sind Sie zufrieden mit der Qualität der Leistungen/ Einrichtungen, die Sie in Anspruch nehmen können, um Ihren emotionalen Bedürfnissen gerecht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Wie würden Sie Ihre chirurgische(n) und/oder medizinische(n) Behandlung(en) bewerten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Wie würden Sie die Qualität der Informationen bewerten, die Sie über Ihre Medikation, chirurgische und/oder medizinische Behandlung erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Beziehung zu den Reproduktionsmedizinern und deren Team?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>