

Tabelle 2

Fragebogen zur Erschöpfung / Fatigue (nach Carruthers et al. (2003)).

FRAGEBOGEN ZUR ERSCHÖPFUNG	
Patient/in	
Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Datum der Untersuchung	
Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Beschwerden an (Mehrfachnennung möglich)	
Vermuteter Beginn der Beschwerden	
1. Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung	
<input type="checkbox"/>	Ich verspüre eine ausgeprägte, neu aufgetretene, anderweitig nicht erklärbare, andauernde körperliche oder mentale Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion meines Aktivitätsniveaus führt
<input type="checkbox"/>	Ich verspüre eine Erschöpfung und/oder Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (meist mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern)
<input type="checkbox"/>	Die Beschwerden können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden
2. Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/>	Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/>	Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus
<input type="checkbox"/>	Schlaf führt zu keiner Erholung
3. Schmerzen	
<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
4. Neurologische/Kognitive Manifestationen	
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses
<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung
<input type="checkbox"/>	Wortfindungsstörungen
<input type="checkbox"/>	Lesestörungen
<input type="checkbox"/>	Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen
<input type="checkbox"/>	Desorientierung oder Verwirrung
<input type="checkbox"/>	Bewegungskordinationsstörungen
<input type="checkbox"/>	Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (z.B. Licht, Lärm) und/oder zu viel Stress
5. Autonome Manifestationen	
<input type="checkbox"/>	Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"
<input type="checkbox"/>	Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf
<input type="checkbox"/>	Schwindel und Benommenheit
<input type="checkbox"/>	Extreme Blässe
<input type="checkbox"/>	Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)
<input type="checkbox"/>	Blasenstörungen
<input type="checkbox"/>	Palpitationen (Herzklopfen)
<input type="checkbox"/>	Atemnot bei leichter Belastung
6. Neuroendokrine Manifestationen	
<input type="checkbox"/>	Anpassung der Körpertemperatur gestört (z.B. Schwitzen bei Kälte)
<input type="checkbox"/>	Schwitzen bzw. fiebriges Gefühl
<input type="checkbox"/>	Hitze oder Kälte nicht vertragen
<input type="checkbox"/>	Kalte Extremitäten (kalte Hände oder Füße)
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit
<input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme
<input type="checkbox"/>	Stress ist schlechter zu verarbeiten, Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit
7. Immunologische Manifestationen	
<input type="checkbox"/>	Schmerzhafte Lymphknoten
<input type="checkbox"/>	Wiederkehrende Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	Neue Allergien bzw. bereits bestehende Allergien haben sich verändert
<input type="checkbox"/>	Grippeähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl
<input type="checkbox"/>	Neu aufgetretene Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten und/oder Chemikalie