



PatientInnenkleber

Datum:

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Müdigkeit (SIF)

Bitte geben Sie an, wie Sie sich bezüglich Müdigkeit fühlen:

- 1 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **übliche** Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Keine Müdigkeit Stärkste vorstellbare Müdigkeit

- 2 Ich fühle mich **müde**, weil ich „**im Kopf**“ müde bin, weil ich Mühe habe mich zu konzentrieren, weil meine Auffassungsgabe verlangsamt ist:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nicht müde wegen „dem Kopf“ Sehr stark müde wegen „dem Kopf“

- 3 Ich fühle mich **müde**, weil ich „**keine Freude**“ verspüre, weil ich keine Lust habe, weil ich keinen Antrieb habe, weil „es“ keinen Sinn (mehr) macht:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nicht müde wegen „keine Freude“ Sehr stark müde wegen „keine Freude“

- 4 Ich fühle mich **müde**, weil ich „**keine Kraft**“ mehr habe, weil mein Körper schwach ist, weil meine Muskeln schwach sind:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nicht müde wegen „keine Kraft“ Sehr stark müde wegen „keine Kraft“

- 5 Um weniger müde zu sein, gehen wir normalerweise schlafen. Es kann aber bei Ihrer Krankheit vorkommen, dass der Schlaf nicht mehr hilft gegen Müdigkeit. Wie **hilfreich** ist bei Ihnen der **Schlaf, um weniger müde zu sein nach dem Schlaf**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schlaf sehr hilfreich, um weniger müde zu sein Schlaf nicht hilfreich, um weniger müde zu sein