

Kings Health Questionnaire

Name	Vorname	Geburtsdatum	heutiges Datum
------	---------	--------------	----------------

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie eines der zugehörigen Kästchen ankreuzen

	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/>				
	gar nicht	ein wenig	mäßig	sehr	
Wie sehr wirkt sich Ihrer Meinung nach Ihr Blasenproblem auf Ihr Leben aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In welchem Ausmaß beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Sie bei Ihren Aufgaben im Haushalt (z.B. Putzen, Einkaufen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre berufliche Arbeit oder Ihre üblichen täglichen Aktivitäten außerhalb des Hauses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre körperlichen Aktivitäten (z.B. Spaziergehen, Sport, Joggen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit Bus, Auto, Zug oder Flugzeug zu benutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schränkt Ihr Blasenproblem Sie im Kontakt mit anderen Menschen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schränkt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit ein, Freunde zu treffen/zu besuchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	nicht wahr	gar nicht	ein wenig	mäßig	sehr
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Beziehung zu Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin?	<input type="radio"/>				
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Sexualleben?	<input type="radio"/>				
Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Familienleben?	<input type="radio"/>				