

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Tel.: (02 31) 79 33-07
 Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de
 www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen



Patientenselbsteinschätzung der Lebensqualität (NHP-Test) Seite 2/2

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Es fällt mir schwer, mich zu bücken. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Alles strengt mich an | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich wache in den frühen Morgenstunden vorzeitig auf. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich kann überhaupt nicht gehen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Es fällt mir schwer, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Die Tage ziehen sich hin. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe Schwierigkeiten, Treppen oder Stufen hinauf- und hinunterzugehen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Es fällt mir schwer, mich zu strecken und nach Gegenständen zu greifen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe Schmerzen beim Gehen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mir reißt in letzter Zeit oft der Geduldsfaden. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich fühle, dass ich niemandem nahe stehe. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich liege nachts die meiste Zeit wach. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Es fällt mir schwer, mich selbst anzuziehen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Meine Energie lässt schnell nach. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Es fällt mir schwer, lange zu stehen (z.B. am Spülbecken). | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe ständig Schmerzen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich brauche lange zum Einschlafen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe das Gefühl, für andere Menschen eine Last zu sein. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sorgen halten mich nachts wach. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich fühle, dass das Leben nicht lebenswert ist. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich schlafe nachts schlecht. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Es fällt mir schwer, mit anderen Menschen auszukommen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich brauche Hilfe, wenn ich mich außer Haus bewegen will.
(z.B. einen Stock oder jemanden, der mich stützt). | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe Schmerzen, wenn ich Treppen / Stufen hinauf- oder hinabgehe. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich wache deprimiert auf. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe Schmerzen, wenn ich sitze. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Datum: