

## Herzinsuffizienz-Fragebogen (Kansas City) (KCCQ-12)

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre **Herzschwäche** und wie sich diese auf Ihr Leben auswirkt. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu lesen und zu beantworten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte geben Sie die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. **Herzschwäche** wirkt sich auf verschiedene Menschen unterschiedlich aus. Manche spüren eher Kurzatmigkeit, während andere eher Müdigkeit empfinden. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß **Herzbeschwerden** (zum Beispiel Kurzatmigkeit oder Müdigkeit) während der letzten 2 Wochen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt haben, die folgenden Tätigkeiten auszuführen.

Bitte ein Kästchen auf jeder Zeile ankreuzen.

Tätigkeit	Sehr beein- trächtigt	Ziemlich beein- trächtigt	Mäßig beein- trächtigt	Ein wenig beein- trächtigt	Überhaupt nicht beein- trächtigt	Aus anderen Gründen beeinträchtigt oder Tätigkeit nicht ausgeführt
a. Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ca. 100 m auf ebener Strecke gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schnell laufen oder sich beeilen (z.B. wenn Sie den Bus erreichen wollen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft waren während der letzten 2 Wochen Ihre Füße, Knöchel oder Beine morgens beim Aufwachen **geschwollen**?

Jeden Morgen	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jeden Tag	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie oft hat **Müdigkeit** während der letzten 2 Wochen im Durchschnitt Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, das zu tun, was Sie tun wollten?

Ständig	Mehr- mals am Tag	Mindestens einmal am Tag	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jeden Tag	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft hat **Kurzatmigkeit** während der letzten 2 Wochen im Durchschnitt Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, das zu tun, was Sie tun wollten?

Ständig	Mehr- mals am Tag	Mindestens einmal am Tag	3-mal pro Woche oder öfter, aber nicht jeden Tag	1- bis 2-mal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche	Niemals während der letzten 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

