

## Fragebogen für Teilnehmende an der ToPanc Studie

### Sehr geehrte Studienteilnehmende,

Gerne möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Mit bestem Dank für Ihre wichtige Mithilfe

Ihr ToPanc Studien-Team

Name & Vorname:	_____
Datum des Ausfüllens des Fragebogens:	__ / __ / 20__

### 1. Ihr aktuelles Gewicht:

\_\_\_\_\_ kg

### 2. Nehmen Sie Creon oder ein anderes Präparat zum Ersatz der Bauchspeicheldrüsenenzyme ein?

ja     nein

### 3. Wie beschreiben Sie Ihre Leistungsfähigkeit in der letzten Woche?

Keine Einschränkung	0
Leichte Einschränkung	1
Einschränkung, aber Zeit im Bett/im Liegen weniger als 50% des Tages	2
Deutliche Einschränkung, Zeit im Bett/im Liegen mehr als 50% des Tages	3
Starke Einschränkung, dauerhafte Bettlägerigkeit	4

#### 4. Allgemeine Fragen

Patienten berichten manchmal über die nachfolgend beschriebenen Symptome oder Probleme. Bitte beschreiben Sie, wie stark Sie diese Symptome oder Probleme **während der letzten Woche** empfunden haben. Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, kreuzen Sie bitte „0“ an.

Während der letzten Woche:	Gar nicht	Wenig	Ziemlich	Sehr	Weiss nicht
Hatten Sie Beschwerden im Bauch?	1	2	3	4	0
Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Bauch aufgebläht ist?	1	2	3	4	0
Hatten Sie Rückenschmerzen?	1	2	3	4	0
Verspürten Sie Schmerzen während der Nacht?	1	2	3	4	0
War es Ihnen unangenehm, besondere Positionen einzunehmen (z.B. Liegen)?	1	2	3	4	0
Gab es Einschränkungen bei den Nahrungsmitteln, die Sie essen konnten, infolge der Krankheit oder der Behandlung?	1	2	3	4	0
Gab es Einschränkungen bei der Menge an Nahrung, die Sie essen konnten, infolge der Krankheit oder der Behandlung?	1	2	3	4	0
War Ihr Geschmackempfinden beim Essen und Trinken verändert?	1	2	3	4	0
Hatten Sie Verdauungsstörungen?	1	2	3	4	0
Haben Sie unter Blähungen gelitten?	1	2	3	4	0
Haben Sie sich Sorgen darüber gemacht, dass Ihr Gewicht zu niedrig ist?	1	2	3	4	0
Hatten Sie ein Gefühl der Schwäche in Armen oder Beinen?	1	2	3	4	0
Hatten Sie einen trockenen Mund?	1	2	3	4	0
Hatten Sie Juckreiz?	1	2	3	4	0
In welchem Ausmass war Ihre Haut gelb?	1	2	3	4	0
Hatten Sie häufig Stuhlgang?	1	2	3	4	0
Fühlten Sie starken Stuhldrang?	1	2	3	4	0
Fühlten Sie sich wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung körperlich weniger anziehend?	1	2	3	4	0
Waren Sie mit Ihrem Körper unzufrieden?	1	2	3	4	0