**SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX**

**(INDEX DER SELBSTPFLEGE BEI PATIENTEN MIT HERZSCHWÄ CHE)**

*Alle Antworten sind vertraulich.*

|  |  |
| --- | --- |
| Überlegen Sie bei der Ausfüllung dieses Fragebogens | bitte, wie Sie sich im letzten Monat oder |
| seit dem Zeitpunkt, als wir das letzte Mal miteinander sprachen, gefühlt haben. |  |
| **ABSCHNITT A:** Unten finden Sie übliche Hinweise für Personen mit | Herzschwäche. Wie |
| häufig tun Sie Folgendes? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Nie oder** | **Manch-** | **Oft** | **Immer** |
|  |  | **selten** | **mal** |  | **oder tägl.** |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. | Sich wiegen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | Fußknöchel wegen Schwellungen | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | überprüfen? |  |  |  |  |
| 3. | Versuche unternehmen, Krankheiten | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | zu verhüten (z.B. durch Grippeschutz- |  |  |  |  |
|  | impfung, es vermeiden mit kranken |  |  |  |  |
|  | Menschen zusammenzukommen)? |  |  |  |  |
| 4. | Sich körperlich betätigen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
| 5. | Termine beim Arzt oder der | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Krankenpfleger/in wahrnehmen? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6. | Salzarm essen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
| 7. | 30 Minuten lang sportliche Übungen | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | ausführen? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 8. | Einnahme einer Ihrer Medikamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | vergessen? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 9. | Um Speisen mit wenig Salz bitten, | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | wenn Sie auswärts essen oder |  |  |  |  |
|  | woanders zu Besuch sind? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 10. Benutzung eines Systems (Pillen- | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | schachtel, Erinnerungszettel), das |  |  |  |  |
|  | Ihnen hilft, die Einnahme Ihrer |  |  |  |  |
|  | Medikamente nicht zu vergessen? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ABSCHNITT B:** Bei vielen Patienten treten auf Grund ihrer Herzschwäche Symptome auf.Atembeschwerden und Anschwellen der Fußknöchel sind übliche Symptome bei Herzschwäche.

Hatten Sie im vergangenen Monat Atembeschwerden oder Schwellungen der Fußknöchel?

Bitte eine Antwort einkreisen.

* 1. Nein
	2. Ja
1. Wenn Sie im vergangenen Monat Atembeschwerden oder Schwellungen der Fußknöchel hatten…

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hatte diese** | **Habe ich** | **Nicht** | **Ziemlich** | **Schnell** | **Sehr** |
|  | **Beschwer-** | **nicht** | **schnell** | **schnell** |  | **schnell** |
|  | **den nicht** | **erkannt** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Wie schnell haben Sie diese | Nicht |  |  |  |  |  |
| Beschwerden als ein Symptom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| zutreff. |
| von Herzschwäche erkannt? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Unten aufgelistet finden Sie Abhilfemaßnahmen, die Menschen mit Herzschwäche anwenden. Wenn Sie Atembeschwerden oder Schwellungen der Fußk nöchel haben, wie wahrscheinlich ist es dann, dass Sie versuchen, eine dieser Maßnah men anzuwenden?

(**eine** Zahl für jede Abhilfemaßnahme einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nicht** | **Ziemlich** | **Wahr-** | **Sehr** |
|  |  | **wahrsch.** | **wahrsch.** | **scheinlich** | **wahrsch.** |
|  |  |  |  |  |  |
| 12. | Verringerung der Salzaufnahme in | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Ihrer Ernährung |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13. | Verringerung der Flüssigkeits- | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | aufnahme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 14. | Einnahme einer extra Wassertablette | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
| 15. | Konsultation Ihres Arztes oder Ihrer | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Krankenschwester |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Denken Sie an eine Maßnahme, die Sie das letzte Mal versucht haben, als Sie Atembeschwerden oder Schwellungen der Fußknöchel ha tten,

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Ich habe** | **Nicht** | **Ziemlich** | **Sicher** | **Sehr sicher** |  |
|  |  |  | **nichts** | **sicher** | **sicher** |  |  |  |
|  |  |  | **versucht** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Wie sicher waren Sie, dass die | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|  |  |  |  |
| Maßnahme hilft oder nicht? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Version 2 2012\_01\_16 |  |  |  |  | 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ABSCHNITT C**: Wie überzeugt sind Sie im Allgemeinen, dass Sie | Folgendes können: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Nicht** | **Ziemlich** | **Sehr** | **Äußerst** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **überzeugt** | **überzeugt** | **überzeugt** | **überzeugt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Sich selbst von Symptomen der | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Herzschwäche freihalten? |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Den Rat zur Behandlung befolgen, | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | der Ihnen gegeben wurde? |  |
|  |  |  |  |  |
| 19. | Die Bedeutung Ihrer Symptome | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | einschätzen ? |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Veränderungen Ihres Gesundheits- |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zustandes erkennen, wenn sie | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | eintreten? |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Etwas tun, um Ihre Symptome zu | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | lindern? |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 22. | Einschätzen, wie gut eine | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |
|  | Abhilfemaßnahme / ein Heilmittel |
|  | wirkt? |  |  |  |  |

Version 2 2012\_01\_16 3