

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

Name: _____ Datum: / /

Anweisung: Bei den Fragen 1 bis 11, kreuzen Sie bitte die Nummer an, die am besten beschreibt, wie es Ihnen in der **letzten Woche** insgesamt gegangen ist. Wenn sie etwas auch normalerweise nicht tun, streichen Sie bitte die Frage durch

Waren Sie in der Lage :

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Selten</i>	<i>Nie</i>
1.) <i>Zum Einkaufen?</i>	0	1	2	3
2.) <i>Mit der Waschmaschine zu waschen</i>	0	1	2	3
3.) <i>Zu Kochen</i>	0	1	2	3
4.) <i>Von Hand abzuwaschen</i>	0	1	2	3
5.) <i>Zum Staubsaugen</i>	0	1	2	3
6.) <i>Bettenmachen</i>	0	1	2	3
7.) <i>Mehrere Häuserblocks zu gehen</i>	0	1	2	3
8.) <i>Freunde oder Verwandte zu besuchen</i>	0	1	2	3
9.) <i>Gartenarbeit zu machen</i>	0	1	2	3
10.) <i>Auto zu fahren</i>	0	1	2	3
11.) <i>Treppen zu steigen</i>	0	1	2	3

12. *Von den 7 Tagen der letzten Woche, wie viele Tage haben Sie sich gut gefühlt?*

0 1 2 3 4 5 6 7

13. *An wie vielen Tagen in der letzten Wochen sind Sie wegen der Fibromyalgie nicht zur Arbeit gegangen, oder haben Ihre Hausarbeit liegen lassen ?*

0 1 2 3 4 5 6 7

