

Patientenetikett
Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Impact of Hand Nerve Disorders (I-HaND) v2 German

Datum: _____

Bitte beantworten Sie JEDE Frage durch EINKREISEN der relevantesten Antwort. Einige Fragen betreffen Ihre Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten auszuführen. Falls Sie keine Gelegenheit hatten, diese Tätigkeiten auszuführen, versuchen Sie dies bitte abzuschätzen.

Teil 1: Die folgenden Fragen fragen alle **Symptome** ab, die Sie aufgrund Ihrer Nervenerkrankung der Hand/Hände erfahren haben könnten. Bitte **kreisen** Sie eine Antwort für jede Frage ein.

	Im Allgemeinen, in der letzten Woche:	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	Wie gut hat/haben Ihre Hand/Hände funktioniert?	1	2	3	4	5

	In der letzten Woche, wie zufrieden waren Sie mit dem Folgenden?	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
2	Beweglichkeit Ihrer Hand/Hände?	1	2	3	4	5
3	Tastempfinden Ihrer Hand/Hände?	1	2	3	4	5
4	Kraft in Ihrer Hand/Hände?	1	2	3	4	5

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf **körperliche Schwierigkeiten**, die bei Personen mit einer Nervenerkrankung der Hand/ Hände auftreten.

	Bitte geben Sie an, wie oft Ihnen die folgende Aussage in der letzten Woche widerfahren ist	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
5	Ich kann nichts länger halten oder drücken, ohne dass meine Hand / Hände ermüdet.	1	2	3	4	5
6	Die Berührung bestimmter Dinge verursacht ein Gefühl von Nadelstichen oder Kribbeln.	1	2	3	4	5
7	Wenn ich etwas aufsammeln möchte, fällt es mir aus der Hand.	1	2	3	4	5

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf **Gefühle**, die Personen mit einer Nervenerkrankung der Hand/Hände manchmal empfinden.

	Bitte geben Sie an, wie oft Ihnen die folgende Aussage in der letzten Woche widerfahren ist	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
8	Der Einsatz meiner Hand/Hände kann starke Emotionen hervorrufen, wie z.B. Frustration, Wut, Traurigkeit.	1	2	3	4	5
9	Ich fühle mich unsicher, wenn Personen auf meine Hand/meinen Arm schauen.	1	2	3	4	5

Teil 2: Die folgenden Fragen fragen **Schmerz oder Unbehagen** ab, der/das bei Ihnen aufgrund der Nervenerkrankung der Hand/Hände aufgetreten ist. Bitte **kreisen** Sie eine Antwort pro Frage ein.

	Im Allgemeinen, in der letzten Woche	Nicht existent	Schwach	Mäßig	Stark	Sehr stark
10	Der Schmerz oder das Unbehagen in meiner Hand/meinen Händen war	1	2	3	4	5

	Im Allgemeinen, in der letzten Woche	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
11	Wie oft würden Sie sagen, dass Schmerzen oder Unbehagen Ihren Tagesablauf beeinflusst haben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden werden Situationen abgefragt, die **Schmerzen oder Unbehagen** in Ihrer Hand auslösen können.

	Bitte geben Sie an, wie oft Ihnen Folgendes während der letzten Woche widerfahren ist	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
12	Ich habe mich an meiner Hand verletzt und es erst später bemerkt.	1	2	3	4	5
13	Meine Hand fühlt sich bei Berührung überempfindlich an.	1	2	3	4	5
14	Ich empfinde Schmerzen oder Unbehagen, wenn meine Hand kalt ist.	1	2	3	4	5
15	Ich kann auf Grund von Schmerzen oder unangenehmen Gefühlen in meiner Hand/meinem Arm nicht gut schlafen.	1	2	3	4	5

Teil 3: Die folgenden Fragen fragen die Schwierigkeit bei **Tätigkeiten** ab, die Sie aufgrund Ihrer Nervenerkrankung der Hand/ Ihrer Hände erlebt haben könnten. Bitte **kreisen** Sie eine Antwort pro Frage ein.

	Im Allgemeinen, in der letzten Woche	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
16	Wie gut ist es Ihnen gelungen, Ihrem Tagesablauf nachzugehen, z.B. sich fertig zu machen, zu kochen, Kinder zu betreuen usw.	1	2	3	4	5

	Wie schwierig war es für Sie in der letzten Woche, die folgenden Tätigkeiten zu bewältigen	Überhaupt nicht schwierig	Etwas schwierig	Mittel	Sehr schwierig	Unmöglich
17	Sich an- und auszuziehen.	1	2	3	4	5
18	Kleidungsstücke zuknöpfen.	1	2	3	4	5
19	Zahnpasta auf eine Zahnbürste zu drücken.	1	2	3	4	5
20	Nägel zu schneiden.	1	2	3	4	5
21	Schneiden von Speisen mit gleichzeitigem Gebrauch von Messer und Gabel.	1	2	3	4	5
22	Öffnen der Deckel von dicht verschlossenen Gläsern und Flaschen.	1	2	3	4	5
23	Ausgießen aus einem Wasserkocher.	1	2	3	4	5
24	Auswringen eines Lappens.	1	2	3	4	5
25	Zubereitung einer Mahlzeit.	1	2	3	4	5
26	Öffnen und Schließen schwerer Türen.	1	2	3	4	5
27	Umblättern von Seiten eines Buches, einer Zeitschrift oder einer Zeitung.	1	2	3	4	5
28	Verwendung von elektronischen Geräten, wie z.B. einer Fernbedienung, eines Mobiltelefons, eines Tablets oder eines Computers.	1	2	3	4	5
29	Tragen einer schweren Einkaufstasche.	1	2	3	4	5
30	Der Umgang mit kleinen Münzen, z.B. Cent-Stücke.	1	2	3	4	5

Teil 4: Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, inwieweit Ihre Nervenerkrankung der Hand / Hände Ihre Fähigkeit beeinträchtigt hat, Ihrer täglichen Arbeit (einschließlich bezahlter Arbeit, Schularbeit oder Hausarbeit) und Ihren **Freizeitaktivitäten** nachzugehen. Bitte **kreisen** Sie eine Antwort pro Frage ein.

	Im Allgemeinen, in der letzten Woche	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
31	Wie gut war es Ihnen möglich, die körperlichen Anforderungen Ihrer täglichen Arbeit zu bewältigen?	1	2	3	4	5
32	Wie gut war es Ihnen möglich, Ihren Freizeitaktivitäten, z.B. Hobbies oder Sport, nachzugehen?	1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.