

Vulval Disease Quality of Life (VDQI) Fragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch ankreuzen.

Studien-ID: _____ Datum: _____

1a	Wie stark hat Sie die Behandlung Ihrer Vulva-Erkrankung während des letzten Monats beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
2a	Wie stark ausgeprägt waren während des letzten Monats Juckreiz und/oder Brennen im Bereich der Vulva? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
2b	Wie oft fühlten Sie während des letzten Monats eine oder mehrere der folgenden Beschwerden: Schmerzen beim Wasserlassen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Hitzeempfindlichkeit, Ausfluss? <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
3a	Wie unangenehm oder peinlich waren Ihnen während des letzten Monats Ihre Vulva-Beschwerden? <input type="checkbox"/> Sehr unangenehm <input type="checkbox"/> Unangenehm <input type="checkbox"/> Wenig unangenehm <input type="checkbox"/> Gar nicht unangenehm
3b	Wie stark wurde während des letzten Monats Ihr Körperbild (Weiblichkeit, Gefühl anders zu sein, Gefühl körperlich beeinträchtigt zu sein) durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
3c	Wie stark fühlten Sie sich während des letzten Monats durch Ihre Vulva-Beschwerden gestresst oder ängstlich? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
4a	Wie häufig wurde während des letzten Monats die Wahl Ihrer Kleidung (Unterwäsche, Hosen, enge Kleidung, etc.) durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
4b	Wie stark wurde während des letzten Monats Ihr Nachtschlaf durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
4c	Wie häufig wurden während des letzten Monats Ihre Freizeitaktivitäten (Einkaufen, Bummeln, Familienausflüge, Besuche, etc.) durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
4d	Wie häufig wurden während des letzten Monats Ihre Sozialkontakte (Freunde treffen, gemeinsame Spaziergänge, kulturelle Aktivitäten, Sport, etc.) durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
4e	Wie häufig wurden während des letzten Monats Ihre beruflichen Aktivitäten durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
5a	Wie stark wurde während des letzten Monats Ihre Partnerschaft durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
5b	Wie stark wurde während des letzten Monats Ihr Sexualleben (Lust auf Sex, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Freude an Sex) durch Ihre Vulva-Beschwerden beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Gar nicht
5c	Wie häufig fühlten Sie sich während des letzten Monats aufgrund Ihrer Vulva-Beschwerden hinsichtlich Ihres Sexuallebens gestresst und/oder verängstigt? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
6a	Wie häufig machten Sie sich während des letzten Monats Sorgen über Langzeitfolgen Ihrer Vulva-Beschwerden (wie z.B. Krebs, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, etc.)? <input type="checkbox"/> Sehr häufig <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie