Fragebogen zur Arbeitsproduktivität und Beeinträchtigung der Aktivität:
Migräne V2.0 (WPAI:MIGRAINE)

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer MIGRÄNE auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreisen Sie die entsprechende Zahl ein, wie angegeben.

1. Arbeiten Sie momentan (bezahlte Arbeit)? \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_ JA

Falls NEIN, kreuzen Sie bitte „NEIN“ an und fahren Sie mit Frage 6 fort.

Die nächsten Fragen betreffen die letzten sieben Tage, ausgenommen heute.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten sieben Tagen auf Grund Ihrer Probleme im Zusammenhang mit Ihrer MIGRÄNE versäumt? Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer MIGRÄNE versäumt haben: an Krankentagen, Verspätungen, vorzeitiges Nachhausegehen usw. Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen der Teilnahme an dieser Studie versäumt haben, nicht dazu.

\_\_\_\_\_ STUNDEN

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten sieben Tagen aus anderen Gründen (wie z. B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an dieser Studie) versäumt?

\_\_\_\_\_ STUNDEN

1. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten sieben Tagen tatsächlich gearbeitet?

\_\_\_\_\_ STUNDEN (Falls „0”, fahren Sie mit Frage 6 fort.)

1. Wie stark hat sich Ihre MIGRÄNE in den letzten sieben Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich die MIGRÄNE nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die MIGRÄNE stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat, wählen Sie eine hohe Zahl.

|  |
| --- |
| Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre MIGRÄNE auf die Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt hat. |
| Die MIGRÄNE hatte keine Auswirkung auf meine Arbeit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Die MIGRÄNE hat mich völlig am Arbeiten gehindert |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

EINE ZAHL EINKREISEN

1. Wie stark hat sich Ihre MIGRÄNE in den letzten sieben Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z. B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik/körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die MIGRÄNE nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die MIGRÄNE stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt hat, wählen Sie eine hohe Zahl.

|  |
| --- |
| Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre MIGRÄNE auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt hat, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit. |
| Die MIGRÄNEhatte keine Auswirkung auf meine täglichen Aktivitäten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Die MIGRÄNE hat mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

EINE ZAHL EINKREISEN

WPAI:MIGRAINE V2.0 (Germany-German)