

Müdigkeit¹⁾

Fragebogen zur DEGAM-Leitlinie



Hinter dem Symptom Müdigkeit und Erschöpfung im Alltag können sich viele Ursachen verbergen. Nur in seltenen Fällen findet sich eine körperliche Ursache. Meist sind es die Umstände des Alltags oder seelische Belastungen, die zu diesem Gefühl führen. Ebenso können Nebenwirkungen von Medikamenten derartiges auslösen. Häufig haben die Beschwerden auch mehrere Ursachen.

Um all diese Bereiche zu erfassen, möchten wir Sie bitten sich Zeit für diesen Fragebogen zu nehmen und ihn gewissenhaft auszufüllen.

Ziel ist, dass Sie ihr persönliches Gleichgewicht von Leistungsfähigkeit und Entspannung zurückgewinnen.

Müdigkeit ist behandelbar, aber Erfolge brauchen Zeit!

Name _____ Vorname _____ Alter ____ Jahre

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

A Zusammenhänge?

Wann haben Sie sich zuletzt richtig gesund gefühlt? _____

Welche Veränderungen in Ihrem Leben gab es seitdem? _____

Wann verbessern oder verschlechtern sich Ihre Beschwerden? _____

Wobei beeinträchtigt Sie Ihre Müdigkeit? _____

- Die Beschwerden sind neu oder ungewohnt
- Andere neu aufgetretene Beschwerden oder Veränderungen, die bisher unbekannt waren _____
- Tageszeitliche Schwankungen des Befindens
- Schwerwiegende Erkrankung oder Infektion vor bzw. zu Beginn
- Deutliche Veränderung der körperliche Bewegung im Vergleich zu früher
- Zusammenhang zu anderen Erkrankungen, besonderen Lebensereignissen oder Belastungen im Alltag möglich
- Umstellung der Ernährung bzw. besondere Ernährungsform (z. B. Vegetarismus, Veganismus, ...)
- Die Beschwerden verschlechtern sich nach körperlicher und/oder geistiger Anstrengung erheblich und mindestens 14 Stunden lang
 - Verschlechterung tritt teilweise mit mehreren Stunden Verzögerung auf
 - tritt regelmäßig auf tritt gelegentlich auf
- Gewichtsveränderung (Zu- oder Abnahme) ____ kg Zeitraum ____ Monate /Jahre

¹⁾ DEGAM-Leitlinien.de

B Veränderungen des oder Beschwerden?

- Appetitveränderung
- Schluckbeschwerden
- Übelkeit oder Erbrechen
- Stuhlveränderungen (Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl)
- Husten, Auswurf seit mehr als 2 Wochen
- Atembeschwerden, Atemnot
- Schmerzen im Brustbereich, besonders bei Belastung
- Schwellungen der Beine
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Veränderung des sexuellen Empfindens
- bei Frauen: Änderung oder starke/gehäufte Periodenblutung
- chronischer Blutverlust oder Blutspenden
- intensiver Ausdauer- oder Leistungssport
- Veränderung der Tageszeiten, an denen Sie schlafen, oder der Schlafdauer
- Unbeabsichtigtes Einschlafen tagsüber oder Schläfrigkeit
- Einschlafstörungen/unruhiger Schlaf bzw. Schlafunterbrechungen
- Schnarchen, nächtliche Atempausen oder auffällige Körperbewegungen im Schlaf
- Kopfschmerzen, wenn ja: anhaltend, häufig oder anders als früher
- seit Längerem bestehende Schmerzen
- Muskelschwäche oder Schwierigkeiten, Bewegungsabläufe zu steuern (z. B. Zittern)
- Störung der Konzentration, Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit
- Hautveränderungen
- Fieber, Schwitzen in der Nacht
- Schwindel, Schwächegefühl, Herzrasen oder erheblich beschleunigter Puls beim Stehen
- Konsumieren von Tabakwaren? Produkt _____ Häufigkeit ____x/Tag
- Regelmäßige Einnahme von Medikamente (auch frei verkäufliche oder von anderen Ärzten)
- Konsum von Drogen oder durchschnittlich täglich mehr als zwei Gläser (Männer) oder ein Glas (Frauen) alkoholischer Getränke zu sich genommen?
- sonstige Beschwerden oder Veränderungen an sich bemerkt, die Sie früher nicht hatten _____

C Lebensumstände und seelisches Befinden

- Umzug (Arbeitsplatz oder Wohnung), Renovierung oder Veränderung der Heizung
- Arbeitskollegen oder Mitbewohner haben ähnliche Beschwerden entwickelt
- erhebliche Lärmbelastungen oder chemische Arbeitsstoffe?
- Arbeiten im Schichtdienst
- Veränderung der beruflichen Tätigkeit (z. B. Beförderung, Versetzung)
- Sonstige belastende Arbeitsbedingungen oder Belastungen im privaten Bereich?
- Besteht bei Ihnen ein erhöhtes Risiko für ansteckende Erkrankungen (z. B. Übertragung von Blutprodukten oder wechselnde ungeschützte Sexualkontakte)?
- Gefühl der Niedergeschlagenheit//Hoffnungslosigkeit in den letzten 4 Wochen
- Wenig Interesse/Freude an Tätigkeiten in den letzten 4 Wochen
- Gab es in den letzten 2 Wochen Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen?
- Häufiges Grübeln und Sorgen machen über viele Dinge
- Während der letzten vier Wochen Auftreten von Angstattacken (plötzliches Gefühl der Angst oder Panik)?

D Eigeneinschätzung und Lösungsgedanken

Die Auswirkungen der Beschwerden auf Ihren Alltag

Vermutete Ursachen

eventuelle Behandlungswünsche

Erschöpfungstagebuch

Abendprotokoll (vor dem Zubettgehen)

Wochentag	Wie war ihre heutige Belastung körperlich / geistig	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Punkte PHQ-Stressmodul?	Wie lange haben Sie vergangene Nacht geschlafen?
	1 = keine 2 = kaum 3 = etwas anstrengend 4 = anstrengend 5 = sehr anstrengend	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Punktesumme	Dauer in Stunden? Erholsam? 0 = nein 1 = ja
Die	2 / 4	3	1	30 min, 2x, 14 und 16 Uhr	4	5/0

Gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?

Wochentag	Wie war ihre heutige Belastung körperlich / geistig	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Punkte PHQ-Stressmodul?	Wie lange haben Sie vergangene Nacht geschlafen?
	1 = keine 2 = kaum 3 = etwas anstrengend 4 = anstrengend 5 = sehr anstrengend	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Punktesumme	Dauer in Stunden? Erholsam? 0 = nein 1 = ja

Gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?