

FRAGEBOGEN 1

Allgemeine Angaben:

Alter: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Krankheitsbeginn: _____ Therapie mit Botulinumtoxin seit: _____ Letzte Botulinumtoxin-Injektion am: _____

Medikamente: _____

Begleitende Therapien zu Botulinumtoxin: (bitte jeweils ankreuzen falls zutreffend)

1) **Keine begleitende Therapie**

2) **Speziell auf die Dystonie ausgelegte Physiotherapie**

Zum Beispiel:

Übungen mit Schwerpunkt auf der Korrektur der dystonen Fehlhaltung; Dehnung der dystonen Muskulatur mit anschließender passiver Bewegung; sogenannte „Bleton“-Methode: Stärkung der Muskeln konträr zur (dystonen) Zugrichtung

Beschreibung der angewandten Methode (Physiotherapeuten-Teil):

.....

3) **„Normale“ und nicht speziell auf die Dystonie ausgelegte Physiotherapie**

Beschreibung der angewandten Methode (Physiotherapeuten-Teil):

- a) Korrektur der Körperhaltung (___ % der Therapie-Zeit)
- b) Relaxation (___ % der Therapie-Zeit)
- c) Muskeldehnung (___ % der Therapie-Zeit)
- d) passive Mobilisation (___ % der Therapie-Zeit)
- e) Massage (___ % der Therapie-Zeit)

4) **Andere Therapien:**

- Entspannungsübungen (z.B. progressive Muskelrelaxation)
- Psychotherapie (z.B. kognitive Verhaltenstherapie)
- Elektrotherapie (z.B. Transkutane Elektrostimulation TENS)
- EMG-Biofeedbacktraining
- Andere: _____

Frequenz (z.B. wie oft pro Woche über wie viele Stunden):

___ pro Woche; jeweils ___ Stunde

Fragebogen 2

Wie häufig trafen bei Ihnen aufgrund der Dystonie-Erkrankung innerhalb der letzten 14 Tage die folgenden Angaben zu?

Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an und beantworten nach Möglichkeit jede Frage.

- 1) Hatten Sie Probleme beim Lesen oder Fernsehen?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 2) Hatten Sie Schwierigkeiten mit der Ausübung von Aktivitäten, zu denen Sie Lust hatten? (z.B. Freizeit, Hobby)?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 3) Hatten Sie Schwierigkeiten, bei Stress oder Aufregung die Symptome ihrer Erkrankung zu kontrollieren?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 4) Haben Sie unter Schmerzen / Brennen im Gesicht, Kopf- oder Nackenbereich gelitten?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 5) Hinderten Sie Schmerzen oder ein Ziehen am Einschlafen?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 6) Hatten Sie Schwierigkeiten, feine Tätigkeiten mit den Fingern durchführen (z.B. Schreiben, Faden einfädeln)?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 7) Vermieden Sie Situationen, bei denen viele Menschen anwesend waren (z.B. gesellschaftliche Veranstaltungen)?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 8) Fühlten Sie sich in der Öffentlichkeit aufgrund Ihrer Erkrankung unwohl?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 9) Hatten Sie das Gefühl, Ihre Erkrankung vor Anderen verbergen zu müssen?
nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 10) Haben Sie sich Gedanken gemacht, wie andere Leute auf Sie reagieren?
nie gelegentlich manchmal häufig immer

- 11) Haben Sie sich Sorgen über Ihre Zukunft gemacht?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 12) Haben Sie sich ängstlich gefühlt?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 13) Fühlten Sie sich niedergeschlagen oder deprimiert?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 14) Fühlten Sie sich traurig oder den Tränen nahe?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 15) Waren Sie verärgert oder verbittert?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 16) Fühlten Sie sich durch Ihre Erkrankung isoliert oder einsam?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 17) Hatten Sie durch Ihre Erkrankung Probleme im Umgang mit engen Freunden oder Ihrer Familie?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 18) Fühlten Sie sich im Umgang mit Ihnen unbekanntem Menschen unsicher oder angespannt?
 nie gelegentlich manchmal häufig immer
- 19) Hatten Sie Schwierigkeiten, die an Sie gestellten Anforderungen in Beruf oder Haushalt zu bewältigen?
Berufstätig: Ja Nein
 gar nicht gering mäßig stark sehr stark
- 20) Fühlten Sie sich im Straßenverkehr beeinträchtigt?
 gar nicht gering mäßig stark sehr stark
- 21) Fühlten Sie sich durch Schmerzen/ Brennen im Gesicht, Kopf- oder Nackenbereich beeinträchtigt?
 gar nicht gering mäßig stark sehr stark
- 22) Haben Sie das Gefühl gehabt, äußerlich weniger attraktiv zu sein?
 gar nicht gering mäßig stark sehr stark

23) Hat die Dystonie-Erkrankung Ihr Familienleben belastet?

gar nicht gering mäßig stark sehr stark

24) Hat die Dystonie-Erkrankung Ihre Partnerbeziehung beeinträchtigt?

Partner: Ja Nein

gar nicht gering mäßig stark sehr stark

Schmerzskala:

Wie bewerten Sie Ihre Schmerzen in Zusammenhang mit der zervikalen Dystonie (zum Beispiel begleitende Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen)? **bitte Ziffer ankreuzen**

0 (keine Schmerzen)

10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Im Falle einer begleitenden Therapie: Wie bewerten Sie die Schmerzen nach der Therapie?

a) ____ % Verbesserung

b) ____ % Verschlechterung