

## Fragebogen für verunfallte Patienten

Name: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

1. Hat sich Ihr Schlaf verändert seit dem Unfall? z.B. Einschlafschwierigkeiten, sehr frühes Erwachen, Schlafbedürfnis am Tag?  Ja  Nein

2. Träumen Sie von Ihrem Unfall?  Ja  Nein

3. Wieviel belasten Sie tagsüber Gedanken an Ihren Unfall?

\_\_\_\_\_

gar nicht

sehr

4. Haben Sie manchmal plötzlich das Gefühl, der Unfall ereigne sich erneut?

Ja

Nein

5. Haben Sie Veränderungen bemerkt in Ihrem Erinnerungsvermögen oder Ihrer Konzentration?

Ja

Nein

6. Fühlen Sie sich öfters besorgt, irritiert oder am Anschlag seit dem Unfall?

Ja

Nein

7. Hat sich Ihr Appetit verändert seit dem Unfall?

Ja

Nein

8. Sagen Ihre Freunde oder Ihre Familie, Sie hätten sich verändert seit dem Unfall?

Ja

Nein

9. Denken Sie an Ihre Freizeitaktivitäten, die Sie vor dem Unfall aus Freude und Interesse gemachten haben. Wie viel davon machen Sie jetzt noch?

Markieren Sie auf der Linie den jetzigen Stand:

\_\_\_\_\_

mache nichts

mache das gleiche wie vorher

10. Denken Sie an die tägliche Routine und Verantwortungen vor Ihrem Unfall, z.B. Kochen, Putzen, Reparaturen zu Hause, Gartenarbeiten, Kinderbetreuung, etc. Haben Sie viele solcher Dinge gestoppt, wegen Ihrer Verletzung.

Markieren Sie auf der Linie den jetzigen Stand:

\_\_\_\_\_

mache nichts

mache das gleiche wie vorher

11. Wer glauben Sie ist verantwortlich für Ihren Unfall?

---

12. Denken Sie, der Unfall hätte vermieden werden können?  Ja  Nein

13. Haben Sie zusätzliche Hilfe bei der Wiedereingliederung in den Alltag und Beruf?

Ja  Nein

Durch wen? \_\_\_\_\_

(z.B. Arbeitgeber, Freunde, Verwandte, Versicherung, Therapeutin...)

14. Haben Sie sich wieder an den Ort des Unfalls begeben?  Ja  Nein

15. Wie lange glauben Sie, wird es dauern, bis Sie sich von diesem Unfall erholt haben?

---

16. Nehmen Sie Medikamente für:

Schmerzen  Nerven  Schlafen  Infektion  Andere

Welche? \_\_\_\_\_

17. Waren Sie bei guter Gesundheit vor Ihrem Unfall?  Ja  Nein

18. Hatten Sie früher einmal einen prägenden Unfall?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Besten Dank für Ihren Aufwand!**

Hennigar, C., Saunders, D. & Efendov, A. (2001). The Injured Workers Survey: development and clinical use of a psychosocial screening tool for patients with hand injuries. *Journal of Hand Therapy, 14*(2). 122-127.  
Übersetzt von Ruth Aukia-Liechti, Praxis für Handrehabilitation und Ergotherapie, Zürich.