

Anleitung zum Zorowitz-Fragebogen:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit Blick auf Ihre Muskelsteifheit, -verspannung oder -krämpfe in den letzten 4 Wochen.

☐ Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen.

Nr. Allgemeine Fragen

1 Wie sehr sind Ihre Muskeln steif oder verspannt, wenn Sie ruhen, sich bewegen oder bewegt werden?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 0 | Meine Muskeln sind nicht steif oder verspannt | 1 | Ein bisschen steif oder verspannt | 2 | Ziemlich steif oder verspannt | 3 | Sehr steif oder verspannt | 4 | Extrem steif oder verspannt |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

2 Wie schwer fällt es Ihnen aufgrund der Steifheit oder Verspannung Ihrer Muskeln, Ihre Extremitäten (Arm(e) oder Bein(e)) zu strecken oder zu beugen?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--|
| 0 | Gar nicht schwer | 1 | Ein bisschen schwer | 2 | Relativ schwer | 3 | Sehr schwer | 4 | Ich kann meine Extremitäten gar nicht strecken oder beugen |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

3 Wie schlimm sind Ihre Krämpfe, die unvermittelt auftreten oder durch Bewegung hervorgerufen werden?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------------|
| 0 | Ich habe keine Krämpfe | 1 | Eher unangenehm | 2 | Relativ schlimm | 3 | Sehr schlimm | 4 | Extrem schlimm |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

4 Sind die oben erwähnten Steifheiten, Verspannungen oder Krämpfe mit Schmerzen verbunden? Wenn ja, wo haben Sie diese Schmerzen? Körperstelle: _____

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 0 | Nein, ich habe keine Schmerzen | 1 | Ja, sie sind etwas schmerzhaft | 2 | Ja, sie sind relativ schmerzhaft | 3 | Ja, sie sind ganz schön schmerzhaft | 4 | Ja, sie sind extrem schmerzhaft |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

5 Wie oft hatten Sie im letzten Monat Schlafstörungen aufgrund von Muskelsteifheit, -verspannung oder -krämpfen?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|------------|
| 0 | Nie | 1 | Selten | 2 | Manchmal | 3 | Oft | 4 | Jede Nacht |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

6 Wie sehr hat bzw. haben Sie Ihre Muskelsteifheit, -verspannung oder -krämpfe im letzten Monat belastet?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|------|--------------------------|--------|
| 0 | Gar nicht | 1 | Ein bisschen | 2 | Ziemlich | 3 | Sehr | 4 | Extrem |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

Nr. Fragen zu den oberen Extremitäten

7 Wie sehr verkrampfen die Finger Ihrer Hand/Ihrer Hände zu einer Faust?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
| 0 | Meine Finger verkrampfen nicht | 1 | Sie verkrampfen ein bisschen | 2 | Sie verkrampfen etwas | 3 | Sie verkrampfen ziemlich stark | 4 | Sie verkrampfen vollständig zu einer Faust |
| ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

8 Wie schwer fällt es Ihnen oder Ihrer Betreuungsperson aufgrund der Verspannung oder des Verkrampfens Ihres Daumens, Ihrer Finger oder Ihrer Hand, die Haut Ihrer Handinnenfläche oder zwischen Ihren Fingern zu reinigen?

0	Gar nicht schwer	1	Ein bisschen schwer	2	Relativ schwer	3	Sehr schwer	4	Extrem schwer
☐		☐		☐		☐		☐	

9 Wie schwer fällt es Ihnen oder Ihrer Betreuungsperson aufgrund der Steifheit oder Verspannung der Muskeln in Ihrem Arm, Ihre Achselhöhle zu reinigen?

0	Gar nicht schwer	1	Ein bisschen schwer	2	Relativ schwer	3	Sehr schwer	4	Extrem schwer
☐		☐		☐		☐		☐	

10 Wie schwer fällt es Ihnen oder Ihrer Betreuungsperson aufgrund der Steifheit oder Verspannung der Muskeln in Ihrem Arm, Ihren Arm durch den Ärmel Ihrer Jacke oder Ihres Hemds zu stecken?

0	Gar nicht schwer	1	Ein bisschen schwer	2	Relativ schwer	3	Sehr schwer	4	Extrem schwer
☐		☐		☐		☐		☐	

Nr. Fragen zu den unteren Extremitäten

11 Wie sehr ziehen sich Ihr Fuß und/oder Ihre Zehen nach unten, verbiegen sich, stehen ab oder verkrampfen sich auf andere Weise von sich aus, wenn Sie versuchen, sich zu bewegen?

0	Mein Fuß und/oder meine Zehen verkrampfen nicht auf diese Weise	1	Ein bisschen	2	Relativ stark	3	Sehr stark	4	Extrem stark
☐		☐		☐		☐		☐	

12 Wie schwer fällt es Ihnen aufgrund der Steifheit oder Verspannung der Muskeln in Ihrem Bein/Ihren Beinen, zu laufen oder Ihr(e) Bein(e) zu bewegen?

0	Gar nicht schwer	1	Ein bisschen schwer	2	Relativ schwer	3	Sehr schwer	4	Ich kann gar nicht laufen oder meine Beine bewegen
☐		☐		☐		☐		☐	

13 Wie schwer fällt es Ihnen oder Ihrer Betreuungsperson aufgrund der Steifheit oder Verspannung der Muskeln in Ihrem Bein/Ihren Beinen oder Füßen, Ihre Hose oder Schuhe anzuziehen?

0	Gar nicht schwer	1	Ein bisschen schwer	2	Relativ schwer	3	Sehr schwer	4	Extrem schwer
☐		☐		☐		☐		☐	

 Den ausgefüllten Fragebogen bitte Ihrem Hausarzt oder Neurologen zeigen.