

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Name/Vorname Geburtsdatum

**Arzt:** \_\_\_\_\_  
Name/Vorname Spital/Praxis Datum

## Fatigue Severity Scale

Ich finde, dass während der vergangenen Woche folgendes zutrifft:

Stimme Stimme  
 gar nicht zu vollkommen zu  
 ← 1 2 3 4 5 6 7 →

1	Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin.							
2	Körperliche Bewegung macht mich müde.							
3	Ich ermüde rasch.							
4	Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine körperliche Leistungsfähigkeit.							
5	Meine Müdigkeit bereitet mir oft Probleme.							
6	Meine Müdigkeit verhindert länger dauernde körperliche Tätigkeiten.							
7	Meine Müdigkeit beeinträchtigt mich, gewisse Pflichten und Verantwortungen zu erfüllen.							
8	Meine Müdigkeit gehört zu den drei Beschwerden, die mich am meisten behindern.							
9	Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine Arbeit, meine Familie oder mein soziales Leben.							

**Total Auswertung** (Gesamtpunktzahl durch 9 geteilt)