

FACIT-Erschöpfung (Fassung 4)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der untenstehenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugefallen hat, indem Sie die entsprechende Zahl wählen.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
1.	Ich bin erschöpft.	4	3	2	1	0
2.	ich fühle mich insgesamt schwach.	4	3	2	1	0
3.	Ich fühle mich lustlos (ausgelaugt).	4	3	2	1	0
4.	Ich bin müde.	4	3	2	1	0
5.	Es fällt mir schwer, etwas <u>anzufangen</u> , weil ich müde bin.	4	3	2	1	0
6.	Es fällt mir schwer, <u>etwas zu Ende zu führen</u> , weil ich müde bin.	4	3	2	1	0
7.	Ich habe Energie.	0	1	2	3	4
8.	Ich bin in der Lage, meinen gewohnten Aktivitäten nachzugehen (Beruf, Einkaufen, Schule, Freizeit, Sport usw.).	0	1	2	3	4
9.	Ich habe das Bedürfnis, tagsüber zu schlafen.	4	3	2	1	0
10.	Ich bin zu müde, um zu essen.	4	3	2	1	0
11.	Ich brauche Hilfe bei meinen gewohnten Aktivitäten (Beruf, Einkaufen, Schule, Freizeit, Sport usw.).	4	3	2	1	0
12.	Ich bin frustriert, weil ich zu müde bin, die Dinge zu tun, die ich machen möchte.	4	3	2	1	0
13.	Ich musste meine sozialen Aktivitäten einschränken, weil ich müde bin.	4	3	2	1	0

Quelle

I. Montan I et al. General Population Norms for the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)-Fatigue Scale. Value Health. 2018;21(11):1313-1321. doi: 10.1016/j.jval.2018.03.013.