

Name/Code-Nummer:

Vertraulich

Datum:

Profil zur Änderung wichtiger Lebensentscheidungen (MLCDP)

Anweisung: Mit diesem Profil soll ermittelt werden, wie Ihr Gesundheitszustand wichtige Entscheidungen in Ihrem Leben beeinflusst hat.

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage ein Kästchen an.

A

BILDUNG

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Einfluss Ihrer chronischen Erkrankung auf Ihre Entscheidungen über Ihren Bildungsweg.

Kein Einfluss ODER
Nicht zutreffend

Leichter Einfluss

Mäßiger Einfluss

Starker Einfluss

Sehr starker
Einfluss

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe entschieden, meinen Bildungsweg vorzeitig zu beenden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe entschieden, mein Studienfach zu wechseln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe mich für ein Studium in der Nähe meines Wohnortes entschieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B

ARBEIT / BERUF

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Einfluss Ihrer chronischen Erkrankung auf Ihre Entscheidungen über Ihre Arbeitsstelle / Ihren Beruf.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe mich für einen Wechsel der Arbeitsstelle/ des Berufs entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe entschieden, meine Arbeitsstelle/meinen Beruf aufzugeben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe entschieden, vorzeitig in Rente zu gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe mich für flexible Arbeitszeiten entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe mich für eine Arbeitsstelle/einen Beruf entschieden, die/der für meine Gesundheit geeignet ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe mich gegen eine Beförderung entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe mich für kürzere Arbeitszeiten entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich habe beschlossen, mich selbstständig zu machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich habe entschieden, arbeitslos zu bleiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage ein Kästchen an.

C

FAMILIE / BEZIEHUNGEN

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Einfluss Ihrer chronischen Erkrankung auf Ihre Entscheidungen bezüglich Familie/Beziehungen.

Kein Einfluss ODER
Nicht zutreffend
Leichter Einfluss
Mäßiger Einfluss
Starker Einfluss
Sehr starker
Einfluss

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe entschieden, zu einem anderen Zeitpunkt Kinder zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe entschieden, keine Kinder zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe entschieden, keine Intimbeziehung einzugehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe beschlossen, nicht zu heiraten oder keinen langfristigen Partner zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe entschieden, mich von meinem/r Partner/in scheiden zu lassen bzw. zu trennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D

SOZIALLEBEN

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Einfluss Ihrer chronischen Erkrankung auf Ihre Entscheidungen bezüglich Ihres Soziallebens.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe entschieden, meine Essgewohnheiten zu ändern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe entschieden, meine Rauch-/Trinkgewohnheiten zu ändern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe mich gegen Reisen oder Auslandsurlaube entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe entschieden umzuziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe entschieden, nicht umzuziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe entschieden, nicht ins Ausland zu ziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe mich für andere Arten/Farben von Kleidung/Schuhen entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich habe entschieden, mich nicht an gemeinsamen Aktivitäten zu beteiligen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich habe mich gegen weitere Kontakte entschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich habe entschieden, kein Make-up zu tragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage ein Kästchen an.



KÖRPERLICHE AKTIVITÄTEN

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Einfluss Ihrer chronischen Erkrankung auf Ihre Entscheidungen bezüglich körperlicher Betätigung.

	Kein Einfluss ODER Nicht zutreffend	Leichter Einfluss	Mäßiger Einfluss	Starker Einfluss	Sehr starker Einfluss
1. Ich habe entschieden, nicht schwimmen zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe entschieden, keinen Sport zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe entschieden, zu anderen sportlichen Aktivitäten zu wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe entschieden, körperlich aktiver zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe entschieden, das Autofahren aufzugeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Aussagen beantwortet haben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.