

*e-supplemental Figure*  
**The German version of the FROM-16©**

**Familienberichtete Daten zur Lebensqualität**

Bei den folgenden Fragen geht es darum, welche Auswirkungen die Erkrankung Ihres Familienmitgliedes zurzeit auf Ihr Leben hat.  
*Kreuzen Sie bei jeder der 16 Fragen jeweils ein Kästchen an.*

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Ihr Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Ihr Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

Bitte tragen Sie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten/ zur Patientin ein:

Ich bin der / die \_\_\_\_\_ des Patienten / der Patientin

Diagnose des Patienten / der Patientin: \_\_\_\_\_

**Teil 1: Emotionales**

Aufgrund der Erkrankung meines Familienmitgliedes ... *gar nicht* *ein wenig* *sehr*

1. mache ich mir Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bin ich wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. bin ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. bin ich frustriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ist es schwierig, jemanden zu finden, mit dem ich über meine Gedanken sprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ist es schwierig, für mein Familienmitglied zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 2: Privatleben und soziale Beziehungen**

Aufgrund der Erkrankung meines Familienmitgliedes ... *gar nicht* *ein wenig* *sehr*

7. ist es schwierig, Zeit für mich selbst zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ist meine Mobilität (Verrichtung der täglichen Wege) betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. sind meine Essgewohnheiten betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. sind meine Familienaktivitäten betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich Probleme, in den Urlaub zu fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist mein Sexualleben betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ist meine Arbeit / mein Studium betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sind meine Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. sind die Ausgaben in meiner Familie gestiegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ist mein Schlaf betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte prüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

German translation (2015) S Elsner, A Katalinic, A Waldmann.  
 For permission to use FROM-16, contact the following copyright holders:  
 © FROM-16 MS Salek, AY Finlay, MKA Basra, CJ Golics, 2012.