

Korábbi vagy jelenlegi

**BŐR**

tünetek esetén kitöltendő!!!

Atópiás dermatitis, Psoriasis, Ekzema ...

**POEM** önálló kitöltésre

A beteg adatai: \_\_\_\_\_

Kitöltés dátuma: \_\_\_\_\_

Kérjük, karikázzon be egy-egy választ az ön ekcémájához kapcsolódó alábbi hét kérdés mindegyikénél!  
Kérjük, ne jelöljön meg semmit azon kérdéseknél, amelyekre úgy érzi, hogy nem tud válaszolni!

1. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy viszketett a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

2. Az elmúlt hét során hány éjszakán fordult elő, hogy nyugtalanul aludt az ekcéma miatt?

Egy éjszaka sem      1-2 éjszaka      3-4 éjszaka      5-6 éjszaka      Minden éjszaka

3. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy vérzett a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

4. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőre nedvedzett, váladékozott, vagy a bőrén kialakult hólyagokból átlátszó folyadék szivárgott az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

5. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőre repedezett volt az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

6. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy hámlott a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

7. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőrét száraznak vagy érdesnek érezte az ekcéma miatt?

Egy napon sem      1-2 napon      3-4 napon      5-6 napon      Mindennap

POEM összpontszám (maximum 28): \_\_\_\_\_

## Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

# ASZTHMA

CRS

MINI AQLQ kérdőív (Asthma bronchiale)

Bármely asztmás jellegű tünet esetén kitöltendő!

Kérjük válaszoljon **valamennyi** kérdésre azon szám bekarikázásával, amelylegjobban leírja, hogy volt **az elmúlt 2 hét** folyamán **asztmája következtében**.

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
<b>1. Érzett LÉGSZOMJAT asztmája miatt?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>2. Érezte, hogy zavarja a POR, vagy kerülnie kellett helyeket a POR miatt?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.Érezte magát FRUSZTRÁLTNAK asztmája miatt?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>4. Zavarta a KÖHÖGÉS?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>5. FÉLT attól, hogy NEM LESZ KÉZNÉL ASZTMA GYÓGYSZERE?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>ORRTÜNETEK</b>							
<b>6. Érzett MELLKASI SZORÍTÁST VAGY NYOMÁST?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>7. Érezte, hogy zavarja a CIGARETTAFÜST, vagy kerülnie kellett helyeket CIGARETTAFÜST miatt?</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>8. VOLT NEHÉZSÉGE asztmája miatt abban, hogy ÉJJEL JÓL KIALUDJA MAGÁT?ORRFOLYÁS</b>	1	2	3	4	5	6	7

Kérjük válaszoljon **valamennyi** kérdésre azon szám bekarikázásával, amelylegjobban leírja, hogy volt **az elmúlt 2 hét** folyamán **asztmája következtében**.

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
--	-----------	----------------------	--------------------------	---------------------	---------------------	-------------	------

**9. NYUGTALANÍTOTTA, HIGY ASZTMÁJA VAN?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

ÁLTALÁBAN, **AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE, AZ IDŐ MEKKORA RÉSZÉBEN:**

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
--	-----------	----------------------	--------------------------	---------------------	---------------------	-------------	------

**10. Észlelt SÍPOLÁST a mellkasában?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

**11. Érezte, hogy zavarja az IDŐJÁRÁS VAGY A LEVEGŐ**

**SZENNYEZETTSÉGE** vagy

kerülnie kellett, hogy kimenjen a levegőre az

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

**IDŐJÁRÁS VAGY A LEVEGŐ**

**SZENNYEZETTSÉGE**

miatt?

**MENNYIRE KORLÁTOZTA AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE AZ ALÁBBI TEVÉKENYSÉGEK ELVÉGZÉSÉBEN ASZTMÁJA?**

	Teljesen korlátozta	Túlnyomóan korlátozta	Erősen korlátozta	Közepesen korlátozta	Mérsékelten korlátozta	Kevésbé korlátozta	Egyáltalán nem korlátozta
--	---------------------	-----------------------	-------------------	----------------------	------------------------	--------------------	---------------------------

**12. MEGTERHELŐ**

**TEVÉKNYSÉGEK** (például sietés, tornázás, lépcsőn felszaladás, sportok)

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

**13. KÖZEPESEN**

**MEGTERHELŐ**

**TEVÉKNYSÉGEK** (például séta, házimunka, kertészkedés, bevásárlás, lépcsőn felmenés)

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

**MENNYIRE KORLÁTOZTA AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE AZ ALÁBBI TEVÉKENYSÉGEK ELVÉGZÉSÉBEN ASZTMÁJA?**

	Teljesen korlátozta	Túlnyomóan korlátozta	Erősen korlátozta	Közepesen korlátozta	Mérsékelten korlátozta	Kevésbé korlátozta	Egyáltalán nem korlátozta
--	------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------------

**14. MEGTERHELŐ**

TEVÉKNYSÉGEK (például  
sietés, tornázás, lépcsőn  
felszaladás, sportok)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**15. MEGTERHELŐ**

TEVÉKNYSÉGEK (például  
sietés, tornázás, lépcsőn  
felszaladás, sportok)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

## Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

# SZEMTÜNETEK

CRS

MINI RQLQ kérdőív (Rhinoconjunctivitis )

Bármely szemtünet esetén kitöltendő!

Válaszoljon az **összes** kérdésre annak a számnak a bekarikázásával, amely legjobban leírja, hogy mennyire **zavarták orr/szem tünete**i az elmúlt héten.

Nem zavarták | Alig zavarták | Kissé zavarták | Közepesen zavarták | Meglehetősen zavarták | Nagyon zavarták | Rendkívül zavarták

### TEVÉKENYSÉGEK

#### 1. RENDSZERES OTTHONI ÉS

#### MUNKAHELYI TEVÉKENYSÉGEI

(foglalkozása vagy otthoni és/vagy kert körül végzett rendszeres feladatai)

0 1 2 3 4 5 6

#### 2. SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEI

(Otthoni vagy házon kívüli

tevékenységei barátokkal vagy a családdal, sport, társasági élet, hobbk)

0 1 2 3 4 5 6

3. ALVÁS (nem kielégítő éjszakai alvás és/vagy elalvási nehézség)

0 1 2 3 4 5 6

### GYAKORLATI PROBLÉMÁK

4. ORRA VAGY SZEME DÖRZSÖLÉSÉNEK SZÜKSÉGESSÉGE

0 1 2 3 4 5 6

5. GYAKORI ORRFÚJÁS SZÜKSÉGESSÉGE

0 1 2 3 4 5 6

### ORRTÜNETEK

6. TÜSSZENTÉS

0 1 2 3 4 5 6

7. ORRDUGULÁS

0 1 2 3 4 5 6

8. ORRFOLYÁS

0 1 2 3 4 5 6

	Nem zavarták	Alig zavarták	Kissé zavarták	Közepesen zavarták	Meglehetősen zavarták	Nagyon zavarták	Rendkívül zavarták
--	-----------------	------------------	-------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------

**SZEMTÜNETEK**

<b>9. SZEMVISZKÉTÉS</b>	0	1	2	3	4	5	6
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

<b>10. SZÚRÓ VAGY ÉGŐ ÉRZÉS A SZEMBEN</b>	0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---

<b>11. KÖNNYEZÉS</b>	0	1	2	3	4	5	6
----------------------	---	---	---	---	---	---	---

**EGYÉB TÜNETEK**

<b>12. FÁRADÉKONYSÁG, ENERGIAHIÁNY</b>	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

<b>13. SZOMJÚSÁG</b>	0	1	2	3	4	5	6
----------------------	---	---	---	---	---	---	---

<b>14. INGERLÉKENYSÉG</b>	0	1	2	3	4	5	6
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

# Allergiás Nátha (Rhinitis allergica)

## Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

### CRS

Mióta van allergies náthája?

év

Rendkívül  
súlyos  
mértékben  
zavarják

Összeségében mennyire zavarják Önt  
az allergiás náthás tünetei a **MAI** napon?

Jelölje be a skálán, majd az értéket írja a négyzetbe!

0 = egyáltalán nem zavarják

100= rendkívül súlyos mértékben zavarják

Mire allergiás?

Jelölje meg „X”, –el, amikre allergiás!

Házipor atka

Fűk- fák pollenjei

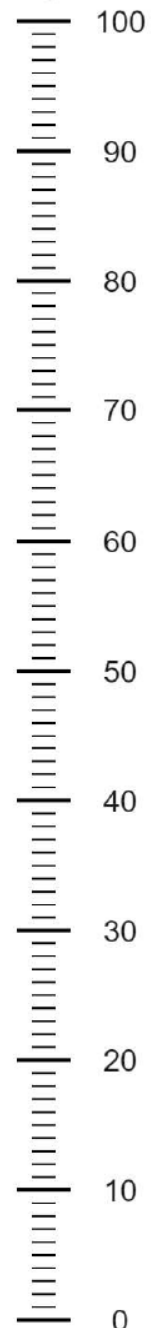
gombák

Kutyaszőr

macskaszőr

egyéb

Írja ide, hogy mire:



Egyáltalán **NEM**  
zavarják

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

Minden vizit alkalmával kitöltendő!

A válaszokat az előző vizit óta eltelt időszakra vonatkozóan adja meg!

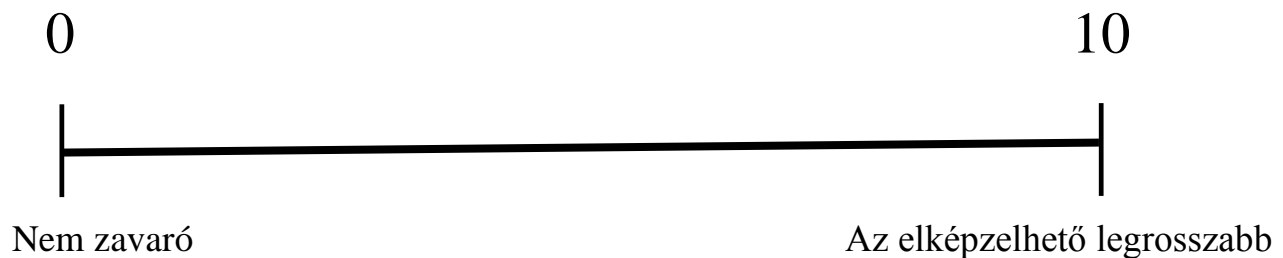
## Milyennek ítéli a szaglását?

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - nincs tünet (szaglása kitűnő, nincs szaglásával kapcsolatban panasza.
- 1 - enyhe szaglászscsökkenése van
- 2 - közepes szaglászscsökkenése van
- 3 - súlyos szaglászscsökkenése van

## Mennyire érzi gátoltnak az orrlégzését?

(Húzzon egy vonalat az egyenesre ott, ami legjobban jellemzi az orrlégzési panaszát. A skálán a nulla jelzés a “nem zavaró”-t jelenti, a 10-es “az elképzelhető legrosszabb”-panaszt jelzi.



## Orrdugulását, orr dugultság érzetét milyennek ítéli?

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - Nincs tünet, nincs orrdugultság érzete.
- 1 - Enyhe orrdugultság érzés tünetei (jelen van, de könnyen tolerálható)
- 2 - Közepes orrdugultság érzés tünetei (zavaró tünetek, de tolerálható)
- 3 - Súlyos orrdugultság érzés tünetei (nehezen tolerálható, a napi aktivitást súlyosan zavarja.)



# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

**Orrfolyását, orrváladékozását milyennek ítéli?**

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - Nincs tünet
- 1- Enyhe orrfolyás érzés tünetei
- 2- Közepes orrfolyás érzés tünetei
- 3- Súlyos orrfolyás érzés tünetei

**Garatváladékozását milyennek ítéli? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)**

- 0 - Nincs tünet
- 1- Enyhe garatváladékozás érzés
- 2- Közepes garatváladékozás érzés
- 3- Súlyos garatváladékozás érzés

**Az elmúlt egy hét (!) alapján milyennek ítéli meg a krónikus melléküreg gyulladáshoz kapcsolódó szubjektív tüneteit? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)**

- Tünetmentes
- Enyhe tünetek
- Közepes tünetek
- Súlyos tünetek

**A saját megítélése és véleménye szerint Ön mennyire elégedett a krónikus melléküreg gyulladásra kapott eddigi kezeléssel? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)**

- Nagyon elégedett
- Elégedett
- Nem tudja eldönteni
- Elégedetlen
- Nagyon elégedetlen

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

## CRS

### NOSE score

Válassza ki és tegyen egy “X” –et az alábbi táblázatban ahhoz az állításhoz, amely legjobban jellemzi a függőleges oszlopban felsorolt panaszait, tüneteit.

	<b>Nem okozott problémát</b>	<b>Enyhe fokú a probléma</b>	<b>Közepes mértékű a probléma</b>	<b>Jelentős mértékű, nagy probléma</b>	<b>Súlyos mértékű probléma</b>
<b>Orrtelítettség, orrdugulás érzése</b>					
<b>Gátolt orrlégzés, orrlégzési képtelenség</b>					
<b>Az orron át való légzés nehézséget okoz</b>					
<b>Zavart alvás</b>					
<b>Fizikai terhelés, gyakorlat során nem kapok elég levegőt orron keresztül</b>					

Válassza ki és karikázza be a következő oldalon található táblázatban azt az állítást, amely legjobban jellemzi a függőleges oszlopban felsorolt panaszait, tüneteit. Ezt követően a panaszok közül válasszon ki maximum ötöt, amelyek legjobban befolyásolják az egészségét.

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

## CRS

SNOT-22

### ORMELLÉKÜREGGEL KAPCSOLATOS ÉRTÉKELO KÉRDŐÍV (SNOT-22)

AZONOSÍTÓ: \_\_\_\_\_

DÁTUM: \_\_\_\_\_

Az alábbiakban felsoroljuk az orrmelléküreg-gyulladás tüneteit és szociális/érzelmi következményeit. Szeretnénk többet tudni ezekről a problémákról, ezért hálásak lennénk, ha a legjobb tudása szerint válaszolna az alábbi kérdésekre. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok, és csak Ön tudja megadni nekünk ezeket az információkat. Kérjük, annak alapján értékelje a problémáit, amilyenek azokat az elmúlt két hét során tapasztalta. Köszönjük részvételét! Nyugodtan kérjen segítséget, ha szükséges.

	Nem probléma	Nagyon enyhe probléma	Enyhe vagy csekély probléma	Közepesen súlyos probléma	Súlyos probléma	A lehető legsúlyosabb probléma		Az 5 legfontosabb probléma
1. Kérjük, gondolja végig, hogy a probléma mennyire súlyos, amikor tapasztalja, és hogy milyen gyakran jelentkezik, majd ennek alapján az alábbi tételek mindegyikénél adja meg, hogy az mennyire „rossz”. Ehhez az alábbi skálán karikázza be azt a számot, amelyik megfelel annak, ahogy érzi magát: →								
1. Orrfújási kényszer	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
2. Orrdugulás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
3. Tüsszögés	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
4. Orrfolyás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
5. Köhögés	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
6. Garat váladékózás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
7. Sűrű orrváladékózás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
8. Földugulás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
9. Szédülés	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
10. Fülfájás	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
11. Arcfájás, nyomásérzés az arcbán	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
12. Csökkent szaglás/ízérzékelés	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
16. Fáradtan ébredés	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
17. Fáradtság	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
18. Csökkent teljesítőképesség	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
19. Csökkent koncentrációképesség	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
20. Frustráltság/nyugtalanág/ingerlékenység	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
21. Szomorúság	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>
22. Feszélyezetttség	0	1	2	3	4	5		<input type="radio"/>

2. Kérjük, jelölje meg az egészségét befolyásoló legfontosabb problémákat (legfeljebb 5-öt) \_\_\_\_\_ ↑

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

## CRS

### EQ-5D- 5L Egészségkérdőív

Kérem jelölje meg azt az egy négyzetet, amely a legjobban jellemzi az Ön MAI egészségi állapotát!

<b>MOZGÉKONYSÁG</b>	
Nincs problémám a járással	<input type="checkbox"/>
Enyhe problémám van a járással	<input type="checkbox"/>
Mérsékelt problémám van a járással	<input type="checkbox"/>
Súlyos problémám van a járással	<input type="checkbox"/>
Képtelen vagyok járni	<input type="checkbox"/>
<b>ÖNELLÁTÁS</b>	
Nincs problémám a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	<input type="checkbox"/>
Enyhe problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	<input type="checkbox"/>
Mérsékelt problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	<input type="checkbox"/>
Súlyos problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	<input type="checkbox"/>
Képtelen vagyok önállóan tisztálkodni vagy öltözködni	<input type="checkbox"/>
<b>SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEK</b> (pl. munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenységek)	
Nincs problémám a szokásos tevékenységeim elvégzésével	<input type="checkbox"/>
Enyhe problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	<input type="checkbox"/>
Mérsékelt problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	<input type="checkbox"/>
Súlyos problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	<input type="checkbox"/>
Képtelen vagyok elvégezni a szokásos tevékenységeimet	<input type="checkbox"/>
<b>FÁJDALOM / ROSSZ KÖZÉRZET</b>	
Nincs fájdalmam vagy rossz közérzetem	<input type="checkbox"/>
Enyhe fájdalmam vagy kissé rossz közérzetem van.	<input type="checkbox"/>
Mérsékelt fájdalmam vagy közepesen rossz közérzetem van	<input type="checkbox"/>
Súlyos fájdalmam vagy nagyon rossz közérzetem van	<input type="checkbox"/>
Rendkívül erős fájdalmam vagy rendkívül rossz közérzetem van	<input type="checkbox"/>
<b>SZORONGÁS / DEPRESSZIÓ</b>	
Nem szorongok vagy nem vagyok depressziós	<input type="checkbox"/>
Enyhén szorongok vagy enyhén depressziós vagyok	<input type="checkbox"/>
Mérsékelt szorongok vagy közepesen depressziós vagyok	<input type="checkbox"/>
Nagyon szorongok vagy súlyosan depressziós vagyok	<input type="checkbox"/>
Rendkívül erősen szorongok vagy rendkívül depressziós vagyok	<input type="checkbox"/>

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

## Az Ön MAI egészségi állapota

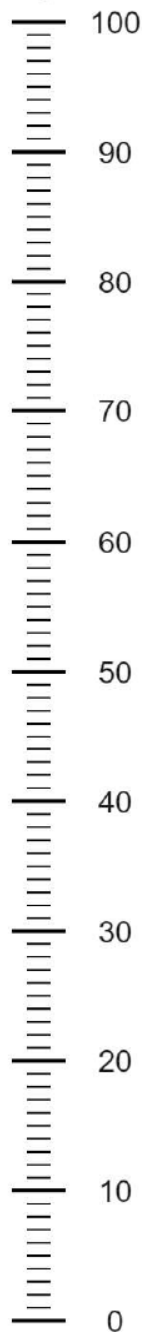
Szeretnénk megtudni, hogy MA milyen jó vagy rossz az Ön egészségi állapota.

• Ez a skála 0-tól 100-ig számozott. • Az elképzeltető legjobb egészségi állapotot „100”, míg az elképzeltető legrosszabb egészségi állapotot „0” jelöli.

• Kérjük, jelölje X-szel a skálán azt a pontot, amely megmutatja, hogy milyen az Ön MAI egészségi állapota.

• Ezután az alábbi rubrikába (négyzetbe) írja be azt a számot, amelyet a skálán megjelölt.

Az elképzeltető  
legjobb egészségi  
állapot



Az elképzeltető  
legrosszabb  
egészségi állapot

AZ ÖN MAI  
EGÉSZSÉGI  
ÁLLAPOTA =

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

## CRS

### WPAI-GH

A következő kérdések azzal foglalkoznak, hogy egészségügyi gondjainak milyen hatása van munkaképességére és napi tevékenységeire. Egészségügyi gond alatt értünk bármilyen testi vagy lelki panaszt vagy tünetet. Kérjük töltse ki a kérdőívet a megfelelő helyeken, vagy karikázza be a megfelelő számot.

**1. Jelenleg fizetett munkaviszonyban van-e?**

Igen

Nem

Nem válasz esetén ugorjon a 6.kérdésre!

**2. Az elmúlt hét nap alatt hány munkaórát mulasztott egészségügyi gondjai miatt?**

Óra

Számítsa bele azokat az órákat, melyeket betegállományban töltött, amikor későn ért munkába, korábban távozott stb. Egészségügyi gondjai miatt. Ne számítsa bele azt az időt, melyet azért mulasztott el, mert ebben a klinikai vizsgálatban vesz részt.

**3. Az elmúlt hét nap alatt, hány munkaórát mulasztott bármilyen egyéb ok miatt, mint például**

**szabadság, ünnepnap, vagy a klinikai vizsgálat, munkaidőben eltöltött idő?:**

Óra

**4. Az elmúlt hét nap alatt hány órát dolgozott ténylegesen?**

Óra

Ha nulla a válasza akkor ugorjon a 6. kérdésre!

**5. Az elmúlt hét nap alatt, munkája közben mennyire befolyásolták egészségügyi gondjai a munkavégzését?**

Gondoljon vissza azokra a napokra, amikor kevesebb, illetve kevesebb fajta munkát tudott elvégezni, és azokra a napokra, amikor kevesebbet tudott teljesíteni mint amennyit szeretett volna, vagy amikor nem tudta munkáját olyan gondosan elvégezni, mint máskor. Ha egészségügyi gondjai csak kis mértékben befolyásolták a munkavégzést, akkor válasszon egy kis számot, amennyiben egészségügyi gondjai nagymértékben befolyásolták a munkavégzést, válasszon egy nagy számot az alábbi skálán.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

# Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum CRS

## 6. Az elmúlt hét nap alatt egészségügyi gondjai mennyire akadályozták abban, hogy napi rendes tevékenységeit elvégezze, melyek nem függnek össze munkahelyi tevékenységével?

A napi rendes tevékenységeken azokat értjük, melyeket általában végez, mint például a ház körüli munkát, vásárlást, gyerekek ellátását, testgyakorlást, tanulást stb. gondoljon vissza azokra az időkre, amikor kevesebbet, illetve kevesebb félét tudott tenni és azokra a napokra, amikor kevesebbet tudott elvégezni, mint amennyit szeretett volna. Ha egészségügyi gondjai csak kis mértékben befolyásolták a napi rendes tevékenységeit, akkor válasszon egy kis számot, amennyiben egészségügyi gondjai nagymértékben befolyásolták a napi rendes tevékenységeit, válasszon egy nagy számot az alábbi skálán.

