

Fragebogen für Transplantierte



**Das Ausfüllen des Fragebogens wird circa 15 - 20 min in Anspruch nehmen.
Bei Fragen zur Umfrage erreichen Sie uns per Email oder rufen Sie einfach an, wir helfen Ihnen gerne:
E-Mail: kontaktbmn@googlemail.com oder Mobil: (0157) 57 05 88 04**

Um Ihre Daten Ihrem Angehörigen zuordnen zu können und dennoch Ihre Anonymität zu wahren, bitten wir Sie die folgenden drei Fragen zu beantworten. So können wir anonym die Daten zuordnen, ein Rückschluss auf Ihre Person ist für niemanden möglich.

Bitte tragen Sie die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter hier ein: _____
(Bsp.: Judith: JU)

Bitte tragen Sie Tag und Monat des Geburtstages Ihrer Mutter hier ein: _____
(Bsp.: 08. September: 0809)

Bitte tragen Sie den letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters hier ein: _____
(Bsp.: Johann: N)

**Bitte ergänzen Sie diese drei obigen Angaben entsprechend (wie in diesem Beispiel: JU 0809 N) hier: _____ .
Geben Sie diese Angabe bitte als Anonymisierungscode an Ihre/n Angehörige/n weiter.**

Nun kommen wir zu Fragen zu Ihrer Person. Bitte kreuzen Sie das am besten zutreffende an bzw. ergänzen die Angaben:

1. Alter in Jahren: _____ 2. Geschlecht: m w

3. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> noch Schüler/in | <input type="radio"/> Schule beendet ohne Abschluss |
| <input type="radio"/> Volks-, Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss |
| <input type="radio"/> Fachabitur, Fachhochschulreife | <input type="radio"/> Abitur, Hochschulreife |
| <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss | <input type="radio"/> Universitätsabschluss |
| <input type="radio"/> anderer Bildungsabschluss: _____ | |

4. Was ist Ihr aktueller Ausbildungs- bzw. Erwerbsstatus?

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Schüler/in, Student/in oder Azubi | <input type="radio"/> Beamter/in | <input type="radio"/> Facharbeiter/in |
| <input type="radio"/> Selbstständig bzw. Handwerker/in | <input type="radio"/> Rentner/in | <input type="radio"/> Angestellte/r |
| <input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="radio"/> Arbeitslos | |
| <input type="radio"/> anderer Beruf/Status: _____ | | |

5. Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe / Selbsthilfeverband (z.B. BDO e.V.)?

- Ja Nein

6. Welches Organ wurde bei Ihnen transplantiert/ Wofür stehen Sie auf der Warteliste?

- Leber Lunge Niere Herz Pankreas Sonstiges: _____

7 a. Handelt/e es sich um eine (geplante) Lebendspende?

- Ja Nein

7 b. Falls ja, wer hat das Organ gespendet/ wird Ihnen das Organ spenden?

- Partner/in Vater/Mutter Kind andere nahestehende Person

8. Haben Sie ein Herzunterstützungssystem?

- Ja Nein

9. Was trifft auf Sie zu? Bitte ergänzen Sie die zutreffenden Felder (Es geht um ungefähre Werte, Sie brauchen Ihre Patientenunterlagen daher nicht extra herausholen.):

Ich befinde mich seit etwa ____ Jahren und ____ Monaten auf der Warteliste.

Ich bin organtransplantiert, seit ____ Jahren und ____ Monaten.

Meine Wartezeit betrug circa ____ Jahre und ____ Monate, davon waren etwa ____ Monate stationär. Ich war seit der Transplantation noch etwa ____ Mal in stationärer Behandlung.

10. Gab es im Verlauf der Transplantation bzw. danach Komplikationen?

- Abstoßung Infektion Funktionsstörungen
 andere:.....

In den nächsten Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten den Kreis ankreuzen, der am besten auf Sie zutrifft.

11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark?

- | | ja, stark
eingeschränkt | ja, etwas
eingeschränkt | nein, überhaupt
nicht eingeschränkt |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| 12. mittelschwere Tätigkeiten,
z.B. einen Tisch verschieben,
staubsaugen, kegeln, Golf spielen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. mehrere Treppenabsätze steigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 14. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)?

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 16. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ich konnte nicht sorgfältig wie üblich arbeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

- überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

- | | immer | meistens | ziemlich oft | manchmal | selten | nie |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19. ...ruhig und gelassen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. ... voller Energie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. ...entmutigt und traurig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuch bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- immer meistens manchmal selten nie

23. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
k. Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Untenstehend finden Sie eine Reihe weiterer Probleme, die Menschen manchmal nach schwierigen Erlebnissen wie einer Transplantation haben. Bitte lesen Sie jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie **im letzten Monat** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren.

	<i>Überhaupt nicht oder nur 1 Mal im vergangenen Monat</i>	<i>einmal pro Woche oder seltener/ manchmal</i>	<i>2-4 Mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit</i>	<i>5 Mal oder öfter pro Woche/ fas immer</i>
a. Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an die Zeit der Transplantation, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über die Zeit der Transplantation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. War es, als würden Sie die Zeit ganz plastisch selbst durchleben? (egal ob Sie dabei waren oder nicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich bemüht, nicht an die Zeit der Transplantation zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an die Zeit der Transplantation erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen usw.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Im Folgenden finden Sie verschiedene Aussagen darüber, welche Reaktionen eine Transplantation auslösen kann. Wir bitten Sie, anzugeben, wie oft die entsprechende Aussage auf Sie zutrifft („nie“ bis „oft“).

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>
a. Seit dem belastenden Problem fühle ich mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ich muss wiederholt an die belastende Situation denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ich versuche, möglichst nicht über die belastende Situation zu reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Es belastet mich sehr, immer wieder an die Situation zu denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tätigkeiten, die mir früher Spaß gemacht haben, mache ich heute deutlich seltener.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Wenn ich an die belastende Situation denke, bekomme ich richtige Angstzustände.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ich vermeide bestimmte Dinge, die mich an die belastende Situation erinnern könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Seit der belastenden Situation bin ich nervös und unruhig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Seit der belastenden Situation gehe ich viel schneller in die Luft, auch bei Kleinigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Seit der belastenden Situation kann ich mich nur schwer auf bestimmte Dinge konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Ich versuche, die belastende Situation aus meinem Gedächtnis zu streichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Ich habe gemerkt, dass ich aufgrund der belastenden Situation gereizter werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Mir kommen andauernd Erinnerungen an die belastende Situation, gegen die ich nichts tun kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Ich versuche, meine Gefühle zu unterdrücken, weil sie für mich belastend sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Meine Gedanken kreisen um alles, was mit der belastenden Situation zu tun hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Seit der belastenden Situation habe ich Angst, bestimmte Dinge zu tun oder in bestimmte Situationen zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Ich gehe seit der belastenden Situation ungern zur Arbeit bzw. erledige ungern die notwendigen Dinge des Alltags.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Ich fühle mich seit der belastenden Situation mutlos und habe wenig Hoffnung für die Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Seit der belastenden Situation kann ich nicht mehr richtig schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. Insgesamt beeinträchtigt mich die Situation stark spürbar in meinem Zusammenleben mit anderen, meinen Freizeitbeschäftigungen oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihr Erleben der Wartezeit bzw. Transplantationszeit.

28. Kam die Notwendigkeit einer Transplantation für Sie überraschend?

- Ja Nein

29. Was war für Sie die belastendste Situation im Verlauf der Erkrankung?

.....

30. Was hat Ihnen im Verlauf Ihrer Erkrankung am meisten geholfen?

.....

31. Haben Sie nach Feststellung der Diagnose, dass eine Organtransplantation notwendig ist, psychologische Hilfe in Anspruch genommen? (mehrfache Antworten möglich)

- Ja, während des Wartens auf die Organtransplantation.
- Ja, im Krankenhaus während des Transplantationsaufenthaltes.
- Ja, nach der Transplantation.
- Nein, ich habe darüber nachgedacht aber es gab kein entsprechendes Angebot.
- Nein, aber ich habe darüber nachgedacht.
- Nein, habe ich nicht benötigt.

32. Besteht bei Ihnen aktuell der Wunsch nach psychologischer Betreuung?

- Ja Nein

33. Welche Art der Unterstützung in Ihrer jetzigen Situation würden Sie sich wünschen? (mehrfache Antworten möglich)

	In der Transplantationsambulanz	Außerhalb der Ambulanz	Ich benötige keine Unterstützung
Möglichkeit, bei Bedarf psychologische Gespräche wahrzunehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige psychologische Gespräche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gruppe für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paar und Familiengespräche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja, ich wünsche mir als Unterstützung folgendes:	<input type="checkbox"/>	Ich benötige keine Unterstützung.
Chat/ Online-Angebot	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Reha Maßnahme	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges(bitte ergänzen):			

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr persönliches Umfeld und Unterstützung von nahestehenden Personen. Bitte geben Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft.

34. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

- keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr

35. Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

- sehr viel viel weder viel noch wenig wenig keine

36. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

- sehr einfach einfach möglich schwierig sehr schwierig

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre/n Partner/in. Bitte füllen Sie diese Fragen daher nur aus, wenn Sie eine/n Partner/in haben bzw. sich in einer Beziehung befinden. Sollten Sie hier einzelne Fragen nicht beantworten möchten, so können Sie diese überspringen.

37. Empfinden Sie die gegenseitige Beziehung auf Augenhöhe?

- Ja, immer. Ja, oft. Nur sehr selten. Nein, nie.

38. Können Sie mit Ihrem Partner über alle Dinge reden, die Sie bewegen?

- Ja, immer. Ja, oft. Nur sehr selten. Nein, nie.

39. Wie gut erfüllt Ihr Partner Ihre Wünsche und Bedürfnisse?

- sehr gut gar nicht gut

40. Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit Ihrer Beziehung?

- sehr zufrieden gar nicht zufrieden

41. Wie gut ist Ihre Beziehung im Vergleich zu den Beziehungen der meisten anderen Paare?

- sehr gut gar nicht gut

42. Wie oft wünschen Sie sich, dass Sie diese Beziehung lieber nicht hätten?

- sehr oft gar nicht

43. Wie gut erfüllt Ihre Beziehung Ihre ursprünglichen Erwartungen?

- sehr gut gar nicht gut

44. Wie sehr lieben Sie Ihren Partner?

- sehr gar nicht

45. Wie viele Probleme gibt es in Ihrer Beziehung?

- sehr viele gar keine

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.