

Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus, die am besten die **vergangenen sieben Tage** beschreibt. Falls Sie Schwankungen erlebt haben, versuchen Sie möglichst einen Durchschnittswert für die vergangene Woche zu schätzen.

<b>1. Häufigkeit des Drangs:</b>	
Wie oft verspürten Sie den Drang Ihre Haut zu bearbeiten?	
<input type="radio"/>	Kein Drang
<input type="radio"/>	<b>Gelegentlich</b> (weniger als 1 Stunde pro Tag)
<input type="radio"/>	<b>Häufig</b> (1-3 Stunden pro Tag)
<input type="radio"/>	<b>Sehr häufig</b> (3-8 Stunden pro Tag)
<input type="radio"/>	<b>Konstanter/beständiger</b> Drang (>8 Stunden pro Tag)

<b>2. Intensität des Drangs:</b>	
Wie stark war der Drang, Ihre Haut zu bearbeiten?	
<input type="radio"/>	Kein Drang
<input type="radio"/>	<b>Schwacher</b> Drang
<input type="radio"/>	<b>Mäßiger</b> Drang
<input type="radio"/>	<b>Starker</b> Drang
<input type="radio"/>	<b>Extrem starker</b> Drang

<b>3. Fähigkeit, den Drang zu kontrollieren:</b>	
Wie viel Kontrolle hatten Sie über den Drang, Ihre Haut zu bearbeiten?	
<input type="radio"/>	Kein Drang bzw. konnte den Drang immer kontrollieren
<input type="radio"/>	Drang <b>meistens</b> kontrollierbar
<input type="radio"/>	Drang <b>manchmal</b> kontrollierbar
<input type="radio"/>	Drang <b>selten</b> kontrollierbar
<input type="radio"/>	Drang <b>kaum/gar nicht</b> kontrollierbar

<b>4. Häufigkeit des Bearbeitens der Haut:</b>	
Wie häufig sind Sie durchschnittlich mit der Bearbeitung Ihrer Haut beschäftigt?	
<input type="radio"/>	Gar nicht
<input type="radio"/>	<b>Gelegentlich</b> (weniger als 1 Stunde pro Tag)
<input type="radio"/>	<b>Häufig</b> (1-3 Stunden pro Tag)
<input type="radio"/>	<b>Sehr häufig</b> (3-8 Stunden pro Tag)

<input type="radio"/>	<b>Nahezu durchgängig</b> (>8 Stunden pro Tag)
<b>5. Kontrolle über das Bearbeiten der Haut:</b> Wie viel Kontrolle haben sie darüber Ihre Haut zu bearbeiten? Bis zu welchem Grad können Sie sich selbst davon abhalten?	
<input type="radio"/>	<b>Volle</b> Kontrolle: Ich kann mich immer davon abhalten bzw. aufhören meine Haut zu bearbeiten.
<input type="radio"/>	<b>Viel</b> Kontrolle: Ich kann mich meistens davon abhalten bzw. aufhören meine Haut zu bearbeiten.
<input type="radio"/>	<b>Ein wenig</b> Kontrolle: Ich kann mich manchmal davon abhalten bzw. aufhören meine Haut zu bearbeiten.
<input type="radio"/>	<b>Wenig</b> Kontrolle: Ich kann mich selten davon abhalten bzw. aufhören meine Haut zu bearbeiten.
<input type="radio"/>	<b>Keine</b> Kontrolle: Ich kann mich nie davon abhalten bzw. aufhören meine Haut zu bearbeiten.

Schätzen Sie bitte die Auswirkungen des Bearbeitens Ihrer Haut auf Ihr Leben in der vergangenen Woche ein.

<b>6. Damit verbundenes Leiden:</b> In welchem Ausmaß belastet Sie das Bearbeiten Ihrer Haut emotional? (z.B. Angst, Sorgen, Frustration, Depression, Hoffnungslosigkeit, geringes Selbstwertgefühl)	
<input type="radio"/>	Gar nicht
<input type="radio"/>	<b>Geringe</b> emotionale Belastung; manchmal belastet mich das Bearbeiten meiner Haut.
<input type="radio"/>	<b>Mittlere</b> emotionale Belastung; das Bearbeiten meiner Haut belastet mich häufig.
<input type="radio"/>	<b>Hohe</b> emotionale Belastung; das Bearbeiten meiner Haut belastet mich fast immer.
<input type="radio"/>	<b>Sehr hohe</b> emotionale Belastung; das Bearbeiten meiner Haut belastet mich ständig.

**7. Damit verbundene Beeinträchtigung:**

Wie sehr beeinträchtigt das Bearbeiten Ihrer Haut Ihr Sozial- bzw. Berufsleben (Beruf, Familie, Freizeit, etc.)? (Falls Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind, bestimmen Sie, wie sehr Ihre Leistung beeinträchtigt wäre, wenn Sie arbeiten würden.)

<input type="radio"/>	Keine Beeinträchtigung
<input type="radio"/>	<b>Leicht</b> Beeinträchtigung
<input type="radio"/>	<b>Spürbare</b> Beeinträchtigung
<input type="radio"/>	<b>Deutliche</b> Beeinträchtigung
<input type="radio"/>	<b>Extreme</b> Beeinträchtigung

**8. Damit verbundene Vermeidung:**

Haben Sie wegen des Bearbeitens Ihrer Haut oder dessen Folgen irgendwelche Aktivitäten oder Verabredungen vermieden bzw. vermieden irgendwohin zugehen?

Wenn ja, in welchem Ausmaß haben Sie solche Aktivitäten vermieden?

<input type="radio"/>	Keine Vermeidung
<input type="radio"/>	<b>Gelegentliches</b> Vermeiden
<input type="radio"/>	<b>Häufiges</b> Vermeiden
<input type="radio"/>	<b>Sehr häufiges</b> Vermeiden
<input type="radio"/>	<b>Nahezu beständiges</b> Vermeiden

**9. Aktuelle Beschädigung der Haut:**

Wie stark ist Ihre Haut derzeit aufgrund des Bearbeitens beschädigt? Berücksichtigen Sie nur die Hautverletzungen, die durch das Bearbeiten Ihrer Haut entstanden sind.

<input type="radio"/>	Keine Hautverletzungen
<input type="radio"/>	<b>Geringfügige</b> Hautverletzungen (kleine Krusten, Wunden, Kratzern, etc. )
<input type="radio"/>	<b>Erkennbare</b> Hautverletzungen (erkennbare Krusten oder kleine offene Wunden [<1cm Durchmesser])
<input type="radio"/>	<b>Deutlich erkennbare</b> Hautverletzungen (große Krusten oder offene Wunden [>1cm Durchmesser], infizierte Bereiche und/oder erkennbar entstellte Haut)
<input type="radio"/>	<b>Sehr starke</b> Hautverletzungen (große offene Wunden, häufig blutende, große vernarbte Bereiche)