

BREAST-Q™

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen und kreuzen Sie an, welche Antworten nach Ihrem Ermessen auf Sie zutreffen.

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wenn Sie an Ihren Brustbereich denken, wie oft fühlten Sie sich in der letzten Woche:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Die ganze Zeit
a. Selbstsicher, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen waren?	1	2	3	4	5
b. Emotional dazu in der Lage, zu tun, was Sie tun wollten?	1	2	3	4	5
c. Emotional stabil?	1	2	3	4	5
d. Anderen Frauen gleichwertig?	1	2	3	4	5
e. Selbstbewusst?	1	2	3	4	5
f. In Ihrer Kleidung als Frau?	1	2	3	4	5
g. In der Lage, Ihren Körper zu akzeptieren?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Wie andere Frauen?	1	2	3	4	5
j. Attraktiv?	1	2	3	4	5

Wenn Sie an Ihre Sexualität denken, wie oft fühlen Sie sich im Allgemeinen:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Die ganze Zeit
a. Sexuell attraktiv, wenn Sie angezogen sind?	1	2	3	4	5
b. Ungezwungen/entspannt, wenn Sie Sex haben?	1	2	3	4	5
c. Sexuell selbstsicher?	1	2	3	4	5
d. Zufrieden mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
e. Sexuell selbstsicher in Hinsicht darauf, wie Ihr Brustbereich aussieht, wenn Sie <u>unbekleidet</u> sind?	1	2	3	4	5
f. Sexuell attraktiv, wenn Sie <u>unbekleidet</u> sind?	1	2	3	4	5

Wenn Sie an Ihren Brustbereich denken, wie zufrieden waren Sie sich in der letzten Woche mit dem Folgenden:

	Sehr unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Sehr zufrieden
a. Wie Sie <u>angezogen</u> im Spiegel aussehen?	1	2	3	4
b. Wie bequem Ihre BHs sitzen?	1	2	3	4
c. Kleidung tragen zu können, die die Figur mehr betont?	1	2	3	4
d. Wie Sie <u>unbekleidet</u> im Spiegel aussehen?	1	2	3	4

Wie oft litten Sie in der letzten Woche unter:

	Nie	Manchmal	Die ganze Zeit
a. Schmerzen in den Brustmuskeln?	1	2	3
b. Schwierigkeiten, die Arme zu heben oder zu bewegen?	1	2	3
c. Schlafschwierigkeiten wegen der Beschwerden im Bereich der Brust?	1	2	3
d. Engegefühl im Bereich der Brust?	1	2	3
e. Ziehen im Bereich der Brust?	1	2	3
f. Einem unangenehmen Gefühl im Bereich der Brust?	1	2	3
g. Empfindlichkeit im Bereich der Brust?	1	2	3
h. Schneidenden Schmerzen im Bereich der Brust?	1	2	3
i. Dumpfen Schmerzen im Bereich der Brust?	1	2	3
j. Pochen im Bereich der Brust?	1	2	3

Wie oft haben Sie in der letzten Woche in Bezug auf Ihren Bauch folgendes in Erfahrung gebracht:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Die ganze Zeit
a. Schwierigkeiten sich aufzusetzen (z.B. um aus dem Bett zu kommen), weil Ihre Bauchmuskulatur schwach war?	1	2	3	4	5
b. Schwierigkeiten bei Alltagstätigkeiten (z.B. Betten machen), weil Ihre Bauchmuskulatur schwach war?	1	2	3	4	5
c. Beschwerden im Bauchbereich?	1	2	3	4	5
d. Blähgefühl im Bauchbereich?	1	2	3	4	5

Wie zufrieden waren Sie in der letzten Woche mit:

	Sehr unzufrieden	Etwas unzufrieden	Etwas zufrieden	Sehr zufrieden
Wie Ihr Bauch <u>unbekleidet</u> aussieht?	1	2	3	4
