

## 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              |

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              |

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

|                                                          | Sehr<br>unzufrieden | Etwas<br>unzufrieden | Etwas<br>zufrieden | Sehr<br>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                 |