

## Fatigue-Protokoll

Tragen Sie in diesem Protokoll bitte ein, wie erschöpft und belastet Sie sich im Laufe der nächsten 3 Tage fühlen. Bitte kreuzen Sie dafür eine Zahl von 0 bis 4 an. Eine „0“ bedeutet, dass sie gar keine Erschöpfung oder Belastung wahrnehmen. Eine „4“ steht für eine sehr schwere Erschöpfung oder Belastung (0 = gar nicht, 1 = mild, 2 = moderat, 3 = schwer, 4 = sehr schwer).



**Emotionale Belastung bzw. Aktivierung** ist ein Zustand, in dem Emotionen bewusst erlebt werden. Dazu zählen Gefühle wie Freude, Ärger, Angst, Traurigkeit, Ekel oder Überraschung, sowie eine Vielzahl weiterer Gefühle.

**Emotionale Erschöpfung** beschreibt das Gefühl, psychisch überfordert oder ausgelaugt zu sein. Dabei kann Energiemangel empfunden werden, wozu auch Müdigkeit oder Niedergeschlagenheit gehören können. In einem Zustand von emotionaler Erschöpfung fühlen sich Betroffene angespannt und können sich auch in der Freizeit nicht entspannen.

**Kognitive Belastung** ist ein Zustand, in dem man sich kognitiv anstrengt. Das beinhaltet Denkprozesse wie beim Lösen von mentalen Aufgaben, Lesen, Rechnen oder Planen. Im Alltag erfordern z.B. Büroarbeiten, Haushaltsplanung, Aneignung von neuem Wissen, aber auch kreative Tätigkeiten kognitive Anstrengung.

**Kognitive Erschöpfung** tritt ein nach akuter und anhaltender kognitiven Anstrengung. So kann kognitive Erschöpfung eintreten, wenn über einen längeren Zeitraum hinweg Rechenaufgaben gelöst werden. Kognitive Erschöpfung kann sich äußern in Form von Schwierigkeiten in der Konzentration, in der Aufmerksamkeit oder im Gedächtnis.

**Motorische Belastung** ist eine Beanspruchung der Muskulatur, beispielsweise beim Laufen, Heben oder Schieben. Im Alltag sind Sportliche Aktivität, Haushaltsarbeiten oder auch längeres Stehen Beispiele für eine motorische Belastung.

**Motorische Erschöpfung** zeigt sich darin, dass die körperliche Leistungsfähigkeit abnimmt. Das zeigt sich beispielweise durch nachlassende Kraft in den Muskeln. Oft fühlen sich Betroffene körperlich schwach und energielos. Häufig werden Bewegungsabläufe langsamer und unkoordinierter.

**Tag der Belastung (Datum: \_\_\_\_\_)**

**Abends ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich **kognitiv** erschöpft. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich **motorisch** erschöpft. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich **emotional** erschöpft. 0 1 2 3 4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute nach der Testung ausgeübt haben.

**Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?**

... kognitiv? 0 1 2 3 4

... motorisch? 0 1 2 3 4

... emotional? 0 1 2 3 4

**Bitte geben Sie an, wie schwer die folgenden Symptome heute bei Ihnen aufgetreten sind.**

Ich fühle mich schwer und erschlagen bei körperlicher Betätigung. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich erschöpft und/oder habe Schmerzen bei alltäglichen Aktivitäten. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich geistig ermüdet nach geringster körperlicher oder geistiger Anstrengung. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung. 0 1 2 3 4

Ich fühle mich körperlich ausgelaugt oder krank nach alltäglichen Aktivitäten. 0 1 2 3 4

ID: \_\_\_\_\_ Belastungssitzung:  kog.  em.  mot.  Entspannung Datum: \_\_\_\_\_

**Tag 1 nach Belastung (Datum: \_\_\_\_\_)**

**Morgens ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Morgen ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Mittags ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Vormittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Abends ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Nachmittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Bitte geben Sie an, wie schwer die folgenden Symptome heute bei Ihnen aufgetreten sind.**

Ich fühle mich schwer und erschlagen bei körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich erschöpft und/oder habe Schmerzen bei alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich geistig ermüdet nach geringster körperlicher oder geistiger Anstrengung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ausgelaugt oder krank nach alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4

ID: \_\_\_\_\_ Belastungssitzung:  kog.  em.  mot.  Entspannung Datum: \_\_\_\_\_

**Tag 2 nach Belastung (Datum: \_\_\_\_\_)**

**Morgens ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Morgen ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Mittags ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Vormittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Abends ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Nachmittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Bitte geben Sie an, wie schwer die folgenden Symptome heute bei Ihnen aufgetreten sind.**

Ich fühle mich schwer und erschlagen bei körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich erschöpft und/oder habe Schmerzen bei alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich geistig ermüdet nach geringster körperlicher oder geistiger Anstrengung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ausgelaugt oder krank nach alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4

ID: \_\_\_\_\_ Belastungssitzung:  kog.  em.  mot.  Entspannung Datum: \_\_\_\_\_

**Tag 3 nach Belastung (Datum: \_\_\_\_\_)**

**Morgens ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Morgen ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Mittags ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Vormittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Abends ( \_\_\_\_\_ Uhr)**

Ich fühle mich <b>kognitiv</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>motorisch</b> erschöpft.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich <b>emotional</b> erschöpft.	0	1	2	3	4

Bitte nennen Sie grob, welche **Aktivitäten** Sie heute Nachmittag ausgeübt haben.

Wie belastend waren diese Aktivitäten insgesamt für Sie?

... kognitiv?	0	1	2	3	4
... motorisch?	0	1	2	3	4
... emotional?	0	1	2	3	4

**Bitte geben Sie an, wie schwer die folgenden Symptome heute bei Ihnen aufgetreten sind.**

Ich fühle mich schwer und erschlagen bei körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich erschöpft und/oder habe Schmerzen bei alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich geistig ermüdet nach geringster körperlicher oder geistiger Anstrengung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung.	0	1	2	3	4
Ich fühle mich körperlich ausgelaugt oder krank nach alltäglichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4

ID: \_\_\_\_\_ Belastungssitzung:  kog.  em.  mot.  Entspannung Datum: \_\_\_\_\_

Sie können hier noch weitere Symptome oder Beobachtungen benennen, die aus Ihrer Sicht mit dem Fragebogen hierüber noch nicht abgedeckt sind: