

## 9-Item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS-9)

Diese Skala enthält Feststellungen zur Eigenpflege bei Herzinsuffizienz.

Bitte beantworten Sie jede Feststellung durch Einkreisen der Zahl, die Ihrem **eigenen, aktuellen Verhalten** am besten entspricht.

Beachten Sie, dass die verschiedenen möglichen Antworten eine Rangfolge zwischen „Ich stimme vollständig zu“ (1) und „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (5) darstellen.

Falls Sie bei einer bestimmten Feststellung unsicher sind, kreisen Sie die Nummer ein, die am meisten für Sie zutrifft.

Bitte kreisen Sie immer nur eine Nummer ein.

	Ich stimme vollständig zu			Ich stimme überhaupt nicht zu	
1. Ich wiege mich jeden Tag	1	2	3	4	5
2. Wenn meine Kurzatmigkeit zunimmt, wende ich mich an meinen Arzt oder meine/n Gesundheits- und Krankenpfleger/in	1	2	3	4	5
3. Wenn meine Füße/Beine stärker anschwellen als üblich, wende ich mich an meinen Arzt oder meine/n Gesundheits- und Krankenpfleger/in	1	2	3	4	5
4. Wenn ich mehr als 2 Kilo in 3 Tagen zunehme, wende ich mich an meinen Arzt oder meine/n Gesundheits- und Krankenpfleger/in	1	2	3	4	5
5. Ich trinke nicht mehr als 1 ½ bis 2 Liter pro Tag	1	2	3	4	5
6. Wenn ich mich zunehmend erschöpft fühle, wende ich mich an meinen Arzt oder meine/n Gesundheits- und Krankenpfleger/in	1	2	3	4	5
7. Ich esse salzarm	1	2	3	4	5
8. Ich nehme meine Medikamente wie verordnet ein	1	2	3	4	5
9. Ich bewege mich regelmäßig	1	2	3	4	5