

# FRAGEBOGEN

zur Vorbereitung für den ärztlichen Kontrolltermin

Datum: \_\_\_\_\_

Geburts-  
datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Meine aktuelle HAE-Therapie: \_\_\_\_\_

**Anleitung:** Mit den folgenden Fragen soll die Vereinbarkeit Ihrer aktuellen HAE-Therapie mit Ihrem Alltag erfasst werden. Bitte wählen Sie bei jeder Frage aus den fünf Antwortmöglichkeiten jeweils diejenige aus, die für Sie am besten zutrifft. Bitte beantworten Sie alle Fragen und wählen Sie für jede Frage nur eine Antwort aus.

## 1) Wie gut lässt sich Ihre HAE-Therapie in Ihr Leben integrieren?

- sehr gut     gut     halbwegs gut     weniger gut     gar nicht gut

## 2) Wie leicht fällt Ihnen die regelmässige Verabreichung/Einnahme Ihrer HAE-Therapie?

- sehr leicht     leicht     einigermaßen leicht     weniger leicht     gar nicht leicht

## 3) Wie einschränkend ist Ihre HAE-Therapie für Sie oder Ihre Angehörigen?

- nicht einschränkend     kaum einschränkend     etwas einschränkend     sehr einschränkend     stark einschränkend

## 4) Wie empfinden Sie den Umgang mit Ihrer HAE-Therapie, z. B. bei der Lagerung, der Vorbereitung oder Verabreichung (Zustand der Venen, Schluckbeschwerden, Selbstverabreichung)?

- nicht problematisch     wenig problematisch     einigermaßen problematisch     sehr problematisch     stark problematisch

## 5) Wie empfinden Sie Injektionen/Infusionen?

- nicht störend     wenig störend     einigermaßen störend     sehr störend     extrem störend

## 6) Welche Rolle spielt die Unabhängigkeit der Verabreichung/Einnahme Ihrer HAE-Therapie von Zeit und Ort?

- sehr wichtig     wichtig     einigermaßen wichtig     weniger wichtig     nicht wichtig

## 7) Wie häufig verreisen Sie beruflich bzw. privat?

- sehr häufig     häufig     ab und zu     weniger häufig     selten bis nie

## Nehmen Sie regelmässig andere Medikamente ein, und wenn ja, welche?

JA     NEIN

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

Blutdruckmedikamente: \_\_\_\_\_

Verhütungsmittel: \_\_\_\_\_

Antidiabetika: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_