

Patientenfragebogen Glaukomtherapie

1. Ihr Geburtsjahr:

2. Ihr Geschlecht

weiblich männlich divers

ID: _____

3. Welche Aussage in Bezug auf Arzneimittel trifft auf Sie zu?

Sie können auch mehrere Aussagen ankreuzen.

- Ich stehe Arzneimitteln positiv gegenüber, weil sie mir helfen, meine gesundheitlichen Ziele zu erreichen.
- Ich würde auf ein Arzneimittel nicht verzichten wollen, auch wenn andere Maßnahmen helfen würden.
- Ich nehme Arzneimittel nur dann, wenn es sein muss und nichts anderes hilft.
- Ich versuche die Einnahme von Arzneimitteln grundsätzlich zu vermeiden, es sei denn, sie sind auf pflanzlicher Basis.
- Ich lehne Arzneimittel grundsätzlich ab, auch pflanzliche Arzneimittel.
- Augentropfen mit Konservierungsmitteln stehe ich kritisch gegenüber.

4. Wie stark beeinträchtigt Sie Ihr Glaukom derzeit in Ihrem Alltag?

gar nicht sehr stark

5. Welche Veränderung der aktuellen Beeinträchtigung erwarten sie in den nächsten drei Jahren?

Verbesserung Verschlechterung

6. Wie sehr würde es Sie beunruhigen, wenn Ihre Glaukومتropfen ihre Wirkung verlieren würden?

gar nicht sehr

7. Wie sehr befürchten Sie, dass Nebenwirkungen auftreten?

gar nicht sehr

8. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass tatsächlich Nebenwirkungen auftreten?

unwahrscheinlich sehr wahrscheinlich

9. Wie leicht fällt Ihnen die Anwendung der Augentropfen?

sehr leicht eher leicht geht so eher schwer sehr schwer

Hilft Ihnen jemand bei der Anwendung?

ja nein nein, wäre aber wünschenswert

10. Ein optisches oder akustisches Signal, das an die Einnahme der Tropfen erinnert, ...

- ... würde dazu beitragen, dass ich die Tropfen seltener vergesse.
- ... hätte für mich keinen zusätzlichen Nutzen.
- ... wäre aber sicherlich für viele Patienten hilfreich.

11. Wenn Sie Fragen oder Zweifel haben, sprechen Sie Ihren Arzt an? (bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- immer meistens Er hat doch so wenig Zeit.
 selten nie Wenn ich im Sprechzimmer bin, habe ich meine Fragen meistens vergessen.

12. Was trifft bezüglich der möglichen Nebenwirkungen von Augentropfen auf Sie zu?

Bitte gehen Sie Spalte für Spalte vor und kreuzen Sie „ja“ oder „nein“ für jede mögliche Nebenwirkung an. Bitte beachten Sie: Nebenwirkungen sind selten, und nicht jedes Medikament hat jede aufgelistete Nebenwirkung.

Mögliche Nebenwirkung	habe davon gehört		war / bin selbst betroffen		habe Sorge, dass ich selbst betroffen werde		wäre ein Grund die Tropfen nicht (mehr) anzuwenden	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rote Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Nebenwirkungen (z. B. Herz- / Kreislauf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit, Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie lange wird Ihr Glaukom schon mit Augentropfen behandelt?

- weniger als einen Monat weniger als 6 Monate weniger als 12 Monate länger als ein Jahr länger als 5 Jahre

14. Warum ist Ihnen die Behandlung Ihres Glaukoms wichtig?

Die Behandlung ist mir wichtig, weil...

- Die Behandlung ist mir gar nicht so wichtig.