



Platzhalter für Informationen
(z.B. Patient*innenklebchen)

Praxis/Ambulanzstempel

Heutiges Datum: _____

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte kreuzen je eine für Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.

Wie viel wissen Sie über...	nichts	ein bisschen	einiges	viel	betrifft mich aktuell nicht
Ihren gesundheitlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die Namen Ihrer Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Wirkungsweise Ihrer Medikamente oder anderer Behandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den möglichen Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf Ihre Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die möglichen langfristigen Auswirkungen Ihrer Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wie leicht oder wie schwer fällt es Ihnen...	schwer	eher schwer	eher leicht	leicht	betrifft mich aktuell nicht
die Gespräche mit Ihrer Ärztin, bzw. Ihrem Arzt selbständig zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sich an Diskussionen und Entscheidungen über Ihre Gesundheit zu beteiligen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die notwendige medizinische Behandlung zu Hause selbständig durchzuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ihre Medikamente selbständig (ohne Erinnerung durch andere) zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
relevante Fragen vor dem nächsten Arzttermin selbständig zu überlegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Haben Sie nachfolgende Angebote innerhalb der letzten 6 Monate in Anspruch genommen?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reha-Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialrechtliche Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre Reha-Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionstraining der Rheumaliga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Angebote: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Angebote zur Vorbereitung auf den Übergang in die Erwachsenenversorgung in Anspruch genommen?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend
Strukturierte Patient*innenschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transitionsamps (z.B. Bodenseecamp oder Camp der Deutschen Rheuma-Liga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergangs- /Jugendsprechstunde in der Rheumaambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Angebote: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fühlen Sie sich zu folgenden Themen informiert?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend
Ihre Erkrankung und mögliche Begleiterscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapie (inkl. Wirkung & Nebenwirkungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maßnahmen, die Sie selbst durchführen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglicher Einfluss Ihres Lebensstils (wie Ernährung und Sport) auf Ihre Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglicher Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf Ihre Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langfristiger Verlauf der Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögliche Auswirkungen Ihrer Erkrankung auf den Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote von Selbsthilfegruppen (z.B. der deutschen Rheumaliga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialrechtliche Unterstützungsangebote (wie Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese Gesprächsthemen wurden bisher zu wenig angesprochen: _____				

Wie zufrieden sind Sie mit ...	un zufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Ihrer aktuellen rheumatologischen Versorgung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
damit, wie auf Sie bzw. Ihre Fragen eingegangen wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Fähigkeit Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes Dinge für Sie verständlich zu erklären?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Berücksichtigung Ihrer Meinung bei (Therapie-) Entscheidungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Zeit, die sich Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt sich für Sie nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zufrieden waren Sie mit ...	un zufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	trifft (noch) nicht zu
der Vorbereitung auf den Wechsel in die Erwachsenenrheumatologie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Möglichkeiten sich selbst in den Prozess des Übergangs in die Erwachsenenversorgung einzubringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Einbeziehung Ihrer Eltern in den Prozess?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Unterstützung bei der Suche nach einer weiterbehandelnden Ärztin bzw. einem weiterbehandelnden Arzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Kenntnis Ihrer neuen Ärztin bzw. Ihres neuen Arztes in der Erwachsenenrheumatologie über den Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank!

©DRFZ