



Probandenfragebogen

Allgemeine Informationen

In welcher Sprache verständigen Sie sich im Alltag? _____

Was ist Ihr aktuelles Alter? _____

Meine Gesundheit

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe eine eingeschränkte Nierenfunktion / Nierenfunktionsstörung / Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe eine Lebererkrankung / Leberfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe eine Herzschwäche / Herzleistungsschwäche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe eine chronische Erkrankung der Atemwege |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Mühe, mir Dinge zu merken oder neige zu Vergesslichkeit |

Falls Sie keine Medikamente einnehmen sollten, ist der Fragebogen für Sie hiermit beendet. Ansonsten fahren Sie bitte fort.

Meine Medikamente

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich nehme regelmässig Medikamente ein, welche ich selbst gekauft habe, ohne dass sie mir der Arzt verschrieben hat (inkl. Vitaminpräparate). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich nehme täglich mehr als 5 verschiedene Medikamente ein, welche mir vom Arzt verschrieben wurden. |

Ich verwende folgende Medikamente zuhause (vor dem Spitalaufenthalt):

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafmittel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cortison |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente gegen Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcoumar®, Xarelto®, Sintrom®, Eliquis®, Lixiana® oder Pradaxa® |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Surmontil®, Trimipramin®, Saroten®, Limbitrol®, Tofranil®, Nortrilen®, Siquan®, Noveril®, Anafranil® oder Deanxit® |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente gegen Rheuma / Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente zur Entwässerung (Diuretika) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Digoxin® |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrusitol® oder Tolterodin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insulin / Medikamente gegen Diabetes |

Bitte wenden Sie das Blatt und füllen Sie die zweite Seite des Fragebogens aus.

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente einzunehmen?

Ja	Teilweise	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es bereitet mir Sorgen, Medikamente nehmen zu müssen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchmal mache ich mir Sorgen wegen der langfristigen Auswirkungen meiner Medikamente.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meine Medikamente sind mir ein Rätsel.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meine Medikamente stören mein Leben.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchmal mache ich mir Sorgen, zu abhängig zu werden von meinen Medikamenten.
Ich fühle mich gut über meine Medikamente informiert.			
Trifft nicht zu		Trifft eher nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anwendung der Medikamente	
Die Bereitstellung der Medikamente	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Mühe mit der Anwendung meiner Medikamente	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze eine der folgenden Anwendungen:	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie uns noch Weiteres über Ihre Gesundheit und Medikamente mitteilen?

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.