

Initialien

Kundennummer

(wird durch die BerlinApotheke ausgefüllt)

*Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,*

*die regelmäßige Einnahme von antiretroviralen Medikamenten wird von einigen Menschen zumindest zeitweise als schwierig empfunden. Das Auslassen von Tabletteneinnahmen kann eine Folge davon sein.*

*Wir können uns vorstellen, dass es Ihnen vielleicht auch schon einmal so gegangen ist oder momentan gerade so geht. Bitte versuchen Sie, die Fragen des vorliegenden Fragebogens so ehrlich wie möglich zu beantworten. Sie sind natürlich nicht verpflichtet, Fragen zu beantworten, die Sie nicht beantworten möchten. Je ausführlicher Sie den Fragebogen jedoch ausfüllen, desto mehr Gelegenheit geben Sie uns, medikationsbezogene Probleme zu erkennen, unsere Beratung besser auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen und die Ziele des Projektes Medikamentenmanagement zu erreichen.*

*Wir bedanken uns jetzt schon recht herzlich für Ihre Hilfe.*

*Ihre BerlinApotheke*

*Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.*

*Sind Sie*  *eine Frau oder*  *ein Mann?*

*Wie alt sind Sie?*  *Unter 20*  *20 – 40*  *Über 40*

*Wie viele Medikamente gegen Ihre HIV- Infektion nehmen Sie momentan ein?*

*1*  *1 – 3*  *Mehr als 3*

*Nehmen Sie, verglichen mit dem vorangegangenen Monat, andere Medikamente gegen Ihre HIV- Infektion ein (Therapiewechsel)?*

*Ja*  *Nein*

*Wenn Sie die vorangegangene Frage mit „Ja“ beantwortet haben – was war die Ursache für den Wechsel der Medikamente?*

*Meine Blutwerte haben einen Wechsel notwendig gemacht*

*Ich habe die Medikamente nicht mehr gut vertragen*

*Ich weiß nicht, warum ich andere Medikamente einnehmen muss*



*Wie oft am Tag müssen Sie Ihre Medikamente einnehmen?*

- Einmal täglich     Zweimal täglich     Öfter als zweimal täglich

*Wie oft ist es Ihnen innerhalb der letzten Woche gelungen, diese Dosierintervalle einzuhalten?*

- Immer (mindestens 95% der Einnahmen richtig getätigt)  
 Meistens (60 – 80% der Einnahmen richtig getätigt)  
 Ungefähr zur Hälfte (40 – 60% der Einnahmen richtig getätigt)  
 Manchmal oder gar nicht (weniger als 40% der Einnahmen richtig getätigt)

*Wie beurteilen Sie Ihre HIV- Medikamente bezüglich ihrer Verträglichkeit?*

- Die Medikamente verursachen starke Nebenwirkungen  
 Die Medikamente verursachen leichte Nebenwirkungen  
 Die Medikamente verursachen keine Nebenwirkungen

*Bezogen auf den Zeitpunkt vor dem Beginn Ihrer Therapie – wie geht es Ihnen heute gesundheitlich?*

- Besser  
 Schlechter  
 Ich bin mir nicht sicher

*Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Lebensqualität bezogen auf Ihre gesundheitliche Situation?*

Skala 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)

0

10

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben.