

Teilen Sie sich mit: Ihre Vorstellungen zu einer möglichen Behandlung mit einem Implantat

Hilfsmittel, welche im Körper die natürlichen Funktionen unterstützen oder wiederherstellen, werden Implantate genannt (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, künstliche Augenlinse). Da Implantate unterschiedliche Eigenschaften haben und nicht alle gleich sind, möchten wir mit Ihnen herausfinden, welches Implantat unter Berücksichtigung Ihres Gesundheitszustandes am besten zu Ihnen passt.

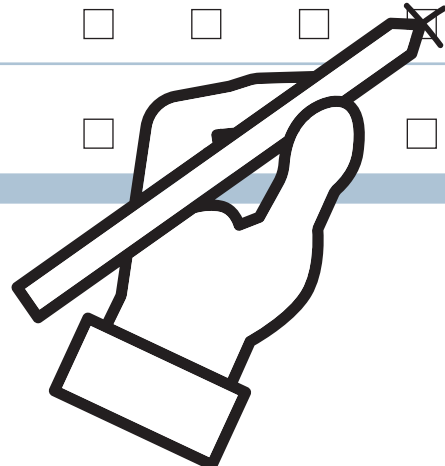
Mit der Beantwortung der folgenden Fragen und Einschätzungen möchten wir Sie als Patientin oder Patient daher etwas besser kennenlernen. Diese Informationen unterstützen Ihre Ärztinnen und Ärzte dabei, die für Sie am besten geeignete Behandlung auszuwählen und zu planen.

Es geht uns dabei nicht um technische Details, sondern um Ihre grundsätzlichen Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf Ihre Erkrankung. Grundlage der folgenden Fragen sind die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die bereits ein Implantat erhalten haben.

Das Beispiel soll verdeutlichen, wie Sie durch Ankreuzen Ihre Einschätzung zu den Aussagen abgeben können. Das Kreuz im vierten Kästchen entspricht dabei beispielsweise der Antwort „eher ja.“

Z Ein Beispiel

	nein	eher nein	weiß nicht	eher ja	ja
Ich mag die Farbe Blau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann verstehen, dass manche Menschen eher die Farbe Rot mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte machen Sie zunächst folgende Angaben zu Ihrer Person.

Nachname, Vorname

Alter in Jahren

Sind Sie berufstätig?

- Ja, und zwar in: Teilzeit Vollzeit Schichtarbeit
 Nein

Jetzt sind Ihre persönlichen Einstellungen und Wünsche gefragt.
Bitte vergeben Sie jeweils ein Kreuz pro Aussage.

A Meine Erkrankung im Alltag

nein eher
nein weiß
nicht eher
ja ja

Meine Erkrankung beschäftigt mich sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann verstehen, dass es Patientinnen und Patienten schwerfällt, Therapieempfehlungen (z. B. bezüglich Ernährung, Rauchen, Bewegung) im Alltag umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Alltag auf regelmäßige Hilfe angewiesen (z. B. Einkaufen, Fahrten zur Arztpraxis, Körperpflege).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Meine Einstellung zu Implantaten

nein eher
nein weiß
nicht eher
ja ja

Ich bin neuesten Produkten (vom Auto, Handy bis zum Zahnersatz) gegenüber aufgeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fände es in Ordnung, ein Implantat im Alltag wahrzunehmen oder zu spüren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde höhere Risiken bei einer Operation eingehen, damit das Implantat länger hält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bevorzuge Produkte, die seit vielen Jahren angewendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde einen Eingriff mit geringerem Risiko bevorzugen, auch wenn in ein paar Jahren ein erneuter Eingriff notwendig wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Einnahme von Medikamenten

	nein	eher nein	weiß nicht	eher ja	ja
Ich empfinde Medikamente als Belastung für meinen Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann verstehen, dass Patientinnen und Patienten die Einnahme ihrer Medikamente vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bitte kreuzen Sie die folgenden zwei Aussagen nur an, wenn Medikamente eingenommen werden.

Ansonsten fahren Sie mit Themenblock D fort.

	nein	eher nein	weiß nicht	eher ja	ja
--	------	-----------	------------	---------	----

Ich finde es schwierig, die Einnahme meiner Medikamente einzuplanen oder umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die Nebenwirkungen meiner Medikamente belasten mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

D Meine Behandlung

	nein	eher nein	weiß nicht	eher ja	ja
Engmaschige Kontrolluntersuchungen bei der Ärztin bzw. beim Arzt geben mir Sicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann verstehen, wenn Patientinnen und Patienten für die Therapie nicht auf geliebte Gewohnheiten verzichten wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich möchte mich in Zukunft gern stärker als bisher in Entscheidungen zu meiner Behandlung einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie bereits ein Implantat erhalten?

Ja, und zwar:

Nein

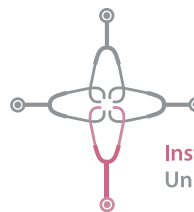
Hier haben Sie die Möglichkeit zu notieren, was Ihnen noch wichtig ist.

Zum Beispiel: Was erhoffen Sie sich von einem Leben mit einem Implantat?

Oder: Worauf möchten/können Sie in Ihrem täglichen Leben nicht verzichten?

Das Projekt

Das vorliegende Kommunikationsinstrument ist am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock im Rahmen des Projektes RESPONSE entstanden. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungskonsortium werden neue Implantate zur Verbesserung der Patientenversorgung entwickelt. Ein Ziel ist es, durch innovative Implantate mehr Lebensqualität bis in das hohe Alter zu ermöglichen. An dem Vorhaben sind sowohl universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen als auch mittelständische Unternehmen beteiligt. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite von RESPONSE.



Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Allgemeinmedizin
Doberaner Str. 142
18057 Rostock

www.response.uni-rostock.de

