

Fragebogen zu Gelenkschmerzen bei Hämochromatose (Hämochromatose – Arthropathie)

Einleitung

Die Beantwortung des Fragebogens dauert 10 – 20 Minuten. Ihre Antworten können dazu beitragen, die Wirksamkeit der verschiedenen Medikamente und Verfahren zur Therapie von Gelenkschmerzen bei Hämochromatose zu bewerten. Indem Sie Ihre Erfahrungen mit uns teilen, können Sie anderen Menschen mit Hämochromatose helfen, die beste Therapie zu finden. Ihre Angaben sind vertraulich. Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Ergebnisse der Befragung werden nur in anonymisierter Form veröffentlicht werden, sodass Rückschlüsse auf Ihren Namen oder Ihre Identität nicht möglich sind. Damit wir Ihre Antworten auswerten können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Ihr Hausarzt und Ihr Strahlentherapeut darf uns nur dann Fragen zur Behandlung Ihrer Hämochromatose und zur Therapie ihrer Gelenksbeschwerden beantworten, wenn Sie ihn (uns gegenüber) schriftlich von der Schweigepflicht entbunden haben.

Zur der Beantwortung der Fragen:

Bitte füllen Sie die Felder des Fragebogens aus und beantworten Sie die Auswahl-Fragen, indem Sie Kreuze bei den zutreffenden Antworten machen.

Beispiel:

Haben Sie schon einmal einen Fragebogen ausgefüllt?

habe ich noch nie gemacht habe ich in der Vergangenheit gemacht mache ich aktuell

Wie gut hat Ihnen die Erläuterung zu dem Fragebogen geholfen?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Wenn Sie weitere Hilfe bei der Beantwortung des Fragebogens benötigen, können Sie sich jederzeit an uns wenden. Wir helfen Ihnen gerne.

Dr. med. Arnd Giese

Funktionsoberarzt der

Abteilung für Gastroenterologie und Interdisziplinäre Endoskopie

Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr – Universität Herne

Hölkeskampring 40

44625 Herne

Tel.: 02323 – 499 – 1551

Fax: 02323 – 499 – 394

Email: arnd.giese@rub.de

Fragebogen:

Daten zu Ihrer Person:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Wie können wir Sie erreichen?

(Straße/Hausnummer)

(Postleitzahl)

(Wohnort)

Email: _____

Telefon (ggf. Handy): _____

Wer ist Ihr Hausarzt oder der Arzt, der Ihre Hämochromatose behandelt?

(Name)

(Adresse)

(Telefon)

Wer ist der Arzt, der bei Ihnen die Gelenkbestrahlung durchgeführt hat?

(Name)

(Adresse)

(Telefon)

Wann wurde bei Ihnen festgestellt, dass Sie an einer Hämochromatose leiden?

(ungefähres Datum der Erstdiagnose)

Seit wann machen Sie Aderlasstherapie?

(ungefähres Datum des ersten Aderlasses)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

(falls zutreffend bitte ankreuzen)

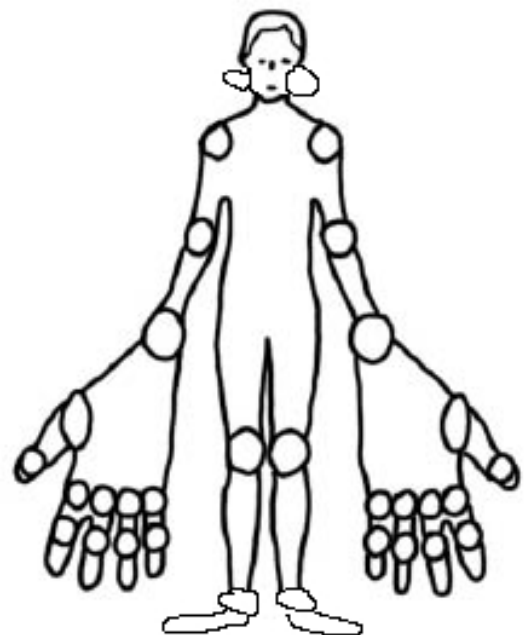
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Leberzirrhose
- Leberkrebs (hepatozelluläres Karzinom)

Seit wann leiden Sie an Gelenkschmerzen?

(ungefähres Datum, seit dem Sie unter Gelenkschmerzen leiden)

An welchen Gelenken haben Sie Beschwerden?

Bitte tragen Sie auf dem beigefügten Schema ein, an welchen Gelenken Sie Schmerzen verspüren, indem Sie das jeweilige Gelenk mit einem Kreuz markieren.



Wann wurde bei Ihnen eine Gelenkbestrahlung durchgeführt?

(Bitte ungefähres Datum der Bestrahlung angeben. Bei einer Bestrahlungs – Serie wenn möglich Beginn und Ende der Serie sowie Anzahl der Sitzungen angeben. Ggf. mehrere Bestrahlungsserien anführen. Nutzen Sie ggf. die Rückseite)

Welches Gelenk oder welche Gelenke wurden bei Ihnen bestrahlt?

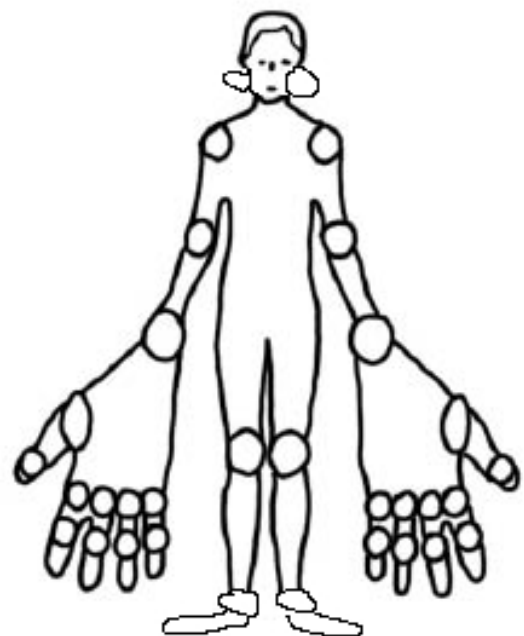
Bitte tragen Sie ein, an welchem Gelenk / welchen Gelenken Sie bestrahlt wurden, indem Sie das jeweilige Gelenk mit einem Kreuz markieren.

Hat die Bestrahlung bei Ihnen Nebenwirkungen gehabt?

nein ja

Wenn ja, welche Nebenwirkungen hatte die Bestrahlung?

(bitte nennen Sie ggf. aufgetretene Nebenwirkungen der Gelenkbestrahlung)



Wie sehr hat die Gelenkbestrahlung Ihre Beschwerden insgesamt gebessert?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Wie sehr hat die Gelenkbestrahlung die Schmerzen in dem bestrahlten Gelenk gebessert?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Wie sehr wurde durch die Gelenkbestrahlung die Beweglichkeit des bestrahlten Gelenks gebessert?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Hat sich durch die Bestrahlung des Gelenks Ihr Bedarf an Schmerzmitteln reduziert?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mit der Gelenkbestrahlung diese Behandlung anderen Menschen weiterempfehlen?

ja nein

Welche Art der Behandlung der Gelenkschmerzen bei Hämochromatose kam oder kommt bei Ihnen bisher zur zum Einsatz und wie gut hilft Ihnen diese oder hat Ihnen diese geholfen?

Entzündungshemmende Schmerzmittel (z.B. Diclofenac, Ibuprofen, Arcoxia)

nehme ich nicht habe ich in der Vergangenheit genommen nehme ich aktuell

Wie sehr hilft / half Ihnen die Therapie mit entzündungshemmenden Schmerzmitteln?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Reine Schmerzmittel (z.B. Paracetamol, Tramadol, Morphin-ähnliche, Schmerzpflaster)

nehme ich nicht habe ich in der Vergangenheit genommen nehme ich aktuell

Wie sehr hilft / half Ihnen die Therapie mit reinen Schmerzmitteln?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Physiotherapie (Krankengymnastik)

habe ich noch nie gemacht habe ich in der Vergangenheit gemacht mache ich aktuell

Wie sehr hilft / half Ihnen die Physiotherapie?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Kortison - Spritzen ins Gelenk

wurde bei mir noch nie gemacht wurde bei mir bereits gemacht
(Wie oft? _____ Wann das letzte Mal? _____)

Wie sehr hilft / halfen Ihnen Kortison - Spritzen ins Gelenk?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Spritze mit radioaktivem Material ins Gelenk (Radiosynoviorthese)

wurde bei mir noch nie gemacht wurde bei mir bereits gemacht
(Wie oft? _____ Wann das letzte Mal? _____)

Wie sehr hilft / halfen Ihnen Spritzen mit radioaktivem Material ins Gelenk?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Haben Sie Erfahrungen mit einer anderen Therapieform gemacht?

(Bitte notieren Sie den Namen der Therapie, ggf. können Sie weitere Therapieformen auf der Rückseite erwähnen / bewerten)

Wie sehr hat Ihnen diese Form der Behandlung der Gelenkschmerzen geholfen?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein?

Bitte listen Sie auch Medikamente auf, die Sie nicht in Zusammenhang mit Ihrer Hämochromatose einnehmen (z.B. auch Medikamente gegen Bluthochdruck, für den Magen, bei Zuckerkrankheit, naturheilkundliche Mittel, Insulin etc).

Name des Medikaments	Dosierung in mg	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Medikamente nehmen Sie nur bei Bedarf?

Bitte nennen Sie alle Medikamente, die Sie nur gelegentlich zur Linderung von Beschwerden einnehmen.

Name des Medikaments	Dosierung in mg	Wie oft nehmen Sie dieses Medikament pro Woche

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben!

Bitte senden Sie den Fragebogen mit den anderen Unterlagen (Aufklärung, Entbindung von der Schweigepflicht) an:

Dr. med. Arnd Giese
Abteilung für Gastroenterologie
Marienhospital Herne
Hölkeskampring 40
44625 Herne

Tel.: 02323 – 499 – 1551
Fax: 02323 – 499 – 394
Email: arnd.giese@rub.de