

Fragebogen AMD

SPEZIALISTEN SUCHEN SPEZIALISTEN

„Wir wollen einander helfen“

In diesem Fragebogen haben AMD-Patienten (AMD = **A**ltersabhängige **M**akula**D**egeneration = altersbedingte Ablagerungen unter der Netzhaut) ihre Interessen und Bedürfnisse in für sie wichtige Themenbereiche zusammengefasst

- A. Patienteninformationen
- B. Medizin & Gesundheit
- C. Soziales & Gesellschaft



Ziel dieses Fragebogens ist es, Ihre Meinung zu diesen Themen und Ihre Bedürfnisse zu erheben.

Wir bitten Angehörige sowie Ambulanzärzte und Schwestern bei der Auswertung dieser Fragebögen mitzuhelfen, falls das Lesen den Betroffenen Schwierigkeiten bereitet.

Bitte kreuzen Sie bei den angeführten Bedürfnissen und Interessen an, ob diese für Sie „sehr wichtig“, „eher wichtig“, „eher unwichtig“ oder „völlig unwichtig“ sind. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, wählen Sie bitte die fünfte Kategorie: „verstehe ich nicht“.

Am Ende jeder Kategorie haben Sie die Möglichkeit, für Sie persönlich wichtige Bedürfnisse und Interessen anzuführen.

Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

A. Bedürfnisse und Interessen zum Bereich Patienteninformation

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	verstehe ich nicht
1. Umfassende Informationen über die Häufigkeit und Formen von AMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Umfassende Information über Faktoren/ Krankheiten, die das Risiko, an AMD zu erkranken, erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Umfassende Information über die Notwendigkeit regelmäßiger/vorsorgender Augenarztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Umfassende Information über Möglichkeiten einer frühen Diagnose/Therapie und aller erforderlichen Diagnoseinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Umfassende Information über den Verlauf der Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Umfassende Information über die schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung der Wirksamkeit in Früh- oder fortgeschrittenen Stadien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Umfassende Information über alle ergänzungsmedizinischen (= komplementärmedizinischen) Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Umfassende Information über Kombinationsmöglichkeiten schulmedizinischer und ergänzungsmedizinischer Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Umfassende Information über Kontraindikationen (= Gegenanzeigen), Nebenwirkungen und Risiken schulmedizinischer und ergänzungsmedizinischer Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kontinuierliche Information über neue medikamentöse Therapiemöglichkeiten und deren Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Umfassende Information über die unterschiedlichen Formen von Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie diese Informationen erhalten wollen:					
Arztgespräch	<input type="checkbox"/>				
Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/>				
Fernsehen	<input type="checkbox"/>				
Radio	<input type="checkbox"/>				

Andere Möglichkeiten der Information:

sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	verstehe ich nicht
<input type="checkbox"/>				

13. Weitere aus Ihrer Sicht wichtige Patientenbedürfnisse:

Die drei wichtigsten Punkte für Sie sind:

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

B. Bedürfnisse und Interessen zu den Bereichen Medizin & Gesundheit

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	verstehe ich nicht
14. Auflistung aller AMD-Spezialisten bzw. Ambulanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alle Fachärzte für Augenheilkunde sollen gut/besser über die Symptome und über die Differenzialdiagnostik (alle Diagnosen, die zur eindeutigen Definition einer bestimmten Erkrankung nötig sind) informieren und informiert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Allgemeinmediziner sollen gut/besser über die Symptome und den Verlauf der Krankheit informiert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Intensive Kooperation zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Umfassende Weiterbildung für Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Auch Optiker informieren über die Symptome in Kooperation mit dem Augenarzt (z. B.: Amsler-Netz-Schnelltest beim Optiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gut/Besser ausgebildete Pflegepersonen für AMD-Betroffene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mehr Zeit der Ärzte für Patientengespräche (mit besserer Information und höherer Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wunsch nach frühestmöglicher Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wunsch nach bestmöglicher Therapie, um das Voranschreiten der Erkrankung möglichst lang zu verzögern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	verstehe ich nicht
24. Bedürfnis nach regelmäßigen ärztlichen Kontrollen zur Gewährleistung der bestmöglichen Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Weitere aus Ihrer Sicht wichtige Patientenbedürfnisse:

Die drei wichtigsten Punkte für Sie sind:

- 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25

C. Bedürfnisse und Interessen zu den Bereichen Soziales & Gesellschaft

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig	verstehe ich nicht
26. Aufnahme des Amsler-Gitters in die medizinische Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Schnelltest mit Amsler-Gitter beim Optiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Problemlose Kostenübernahme aller schulmedizinischen Therapien für AMD Betroffene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Problemlose Kostenübernahme aller ergänzungsmedizinischen Therapien für AMD Betroffene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Finanzierung von Medikamenten ohne Aufwand für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Verständliche Information über den Grad der Behinderung und die daraus resultierenden gesetzlichen Ansprüche (z. B. Gebührenbefreiung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Verständliche Information über Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Gut/Besser über AMD und die daraus resultierenden gesetzlichen Ansprüche informierte Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Verständliche Information über steuerliche Absetzbarkeit von Behandlungskosten usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Weitere aus Ihrer Sicht wichtige Patientenbedürfnisse:

Die drei wichtigsten Punkte für Sie sind:

- 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35



Fragebogen AMD

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Zur Auswertung Ihrer Daten ersuchen wir Sie, folgende Statistik auszufüllen:

1. Welches Geschlecht haben Sie? männlich weiblich

2. Wie alt sind Sie?
 unter 50 51–60 61–70 über 70

3. Welche Form der AMD haben Sie?
 trockene AMD
 feuchte AMD

4. Wann traten die ersten Symptome auf? (Monat/Jahr)

5. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose AMD gestellt? (Monat/Jahr)

6. Wann wurde mit der Behandlung begonnen? (Monat/Jahr)

7. Welche Form der Therapie haben Sie bereits hinter sich?
 Laser photodynamische Therapie Chirurgie
 Medikamente, welche?

8. Welche Form der Therapie erhalten Sie momentan?
 Laser photodynamische Therapie Chirurgie
 Medikamente, welche?

- Sehhilfen, welche?

9. Fühlen Sie sich durch Ihren Arzt ausreichend und rechtzeitig informiert über (bitte geben Sie eine Note entsprechend dem Schulnotensystem):

AMD an sich (Art der Erkrankung, Verlaufsform etc ...)	1	2	3	4	5
mögliche Therapieformen und deren Risiken	1	2	3	4	5

Kommentar:

10. Haben Sie einen behördlich anerkannten Grad der Behinderung aufgrund von AMD?

ja, in der Höhe von: %

nein

11. Wie geht es Ihnen zurzeit mit Ihrer Erkrankung?

sehr gut

eher gut

eher schlecht

schlecht

Kommentar:



BITTE SCHICKEN SIE DEN FRAGEBOGEN AN

Österreichischer Patientenbericht, c/o PERI CONSULTING GmbH, z. Hd. Gertraud Eckart, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, (T) +43/1/908 11 46-0, (F) +43/1/402 13 41-18

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Der Österreichische Patientenbericht wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Österreichischen Ärztekammer, der Ärztekammer für Wien und der Österreichischen Apothekerkammer realisiert.



Die in diesem Fragebogen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

© [2008], PERI Consulting GmbH. Alle Rechte vorbehalten – diese Konzeption ist geistiges Eigentum der PERI Consulting GmbH. Jede auch nur auszugsweise Verwertung, insbesondere Verbreitung, Vervielfältigung, Veröffentlichung, Zugänglichmachung im Internet, oder Umsetzung ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung zulässig.