



Platzhalter für Informationen
(z.B. Patient*innenklebchen)

Heutiges Datum: _____

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte kreuzen je eine für Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.

Wie viel wissen Sie über...	nichts	ein bisschen	einiges	viel	betrifft mich aktuell nicht
Ihren gesundheitlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die Namen Ihrer Medikamente?	<input type="radio"/>				
die Wirkungsweise Ihrer Medikamente oder anderer Behandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den möglichen Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf Ihre Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die möglichen langfristigen Auswirkungen Ihrer Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wie leicht oder wie schwer fällt es Ihnen...	schwer	eher schwer	eher leicht	leicht	betrifft mich aktuell nicht
die Gespräche mit Ihrer Ärztin, bzw. Ihrem Arzt selbständig zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sich an Diskussionen und Entscheidungen über Ihre Gesundheit zu beteiligen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die notwendige medizinische Behandlung zu Hause selbständig durchzuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ihre Medikamente selbständig (ohne Erinnerung durch andere) zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen?	<input type="radio"/>				
relevante Fragen vor dem nächsten Arzttermin selbständig zu überlegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vielen Dank!