

Probanden-ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

Behandlung des Diabetes

1. Werden Sie gegenwärtig mit **blutzuckersenkenden Tabletten** behandelt?

(z.B.: Metformin, Amaryl, Glimepirid, Januvia, Eucreas, Galvus, Euglucon, Onglyza, Avandia, Actos)

Nein

Ja, und zwar:

Name der Tabletten (bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, dabei sind auch die Zahlen nach dem Namen wichtig z.B. „Glibenclamid 3,5“)	Zahl der Tabletten pro Tag	Seit wann nehmen Sie das Medikament ungefähr ein?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

2. Gab es in den letzten 6 Monaten Änderungen hinsichtlich der Behandlung mit **blutzuckersenkenden Tabletten** (z.B. Tabletten neu verordnet, abgesetzt oder die Dosis geändert)?

Nein

Ja, und zwar:

Name der Tabletten	Art der Änderung	Zeitpunkt der Änderung
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____

Probanden-ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

3. Werden Sie gegenwärtig mit Insulin behandelt? Gemeint sind alle kurz- und langwirksamen Insulinpräparate, die Sie verwenden.

Nein

Ja, und zwar:

Name des Insulinpräparates (bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, dabei sind auch die Zahlen nach dem Namen wichtig (z.B. 100 IU).	Art der Insulin-Zuführung	Einheiten pro Tag	Seit wann erhalten Sie das Medikament ungefähr?
	<input type="checkbox"/> Pen zum Füllen mit Patronen <input type="checkbox"/> Fertig-Pen (Einweg; wenn leer, wird er weggeworfen) <input type="checkbox"/> Herkömmliche Injektionsspritze <input type="checkbox"/> Insulinpumpe		
	<input type="checkbox"/> Pen zum Füllen mit Patronen <input type="checkbox"/> Fertig-Pen (Einweg; wenn leer, wird er weggeworfen) <input type="checkbox"/> Herkömmliche Injektionsspritze <input type="checkbox"/> Insulinpumpe		
	<input type="checkbox"/> Pen zum Füllen mit Patronen <input type="checkbox"/> Fertig-Pen (Einweg; wenn leer, wird er weggeworfen) <input type="checkbox"/> Herkömmliche Injektionsspritze <input type="checkbox"/> Insulinpumpe		

Probanden-ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

4. Gab es in den letzten 6 Monaten Änderungen hinsichtlich ihrer Insulintherapie?

Nein

Ja, und zwar:

Name des Insulinpräparates	Art der Änderung	Zeitpunkt der Änderung
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____
	<input type="checkbox"/> Neu verordnet <input type="checkbox"/> Abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Dosis erhöht	seit _____ seit _____ seit _____ seit _____

5. Wird Ihr Diabetes gegenwärtig mit anderen als den bisher erfragten Medikamenten behandelt?

(Hier bitte keine Medikamente gegen andere Erkrankungen angeben - diese werden später abgefragt)

Name des Medikaments (bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, dabei sind auch die Zahlen nach dem Namen wichtig)	Art des Medikaments (z.B. Tabletten, Spritzen)	Tagesdosis (z.B. Anzahl Tabl. pro Tag, Anzahl Spritzen pro Tag)	Seit wann erhalten Sie das Medikament ungefähr?

Probanden-ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

7. Gibt es weitere Medikamente, die Sie in den letzten 6 Monaten NACH BEDARF genommen haben?

Nein

Ja, und zwar:

Name des Arzneimittels (bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, dabei sind auch die Zahlen nach dem Namen wichtig)	Darreichungsform (Tabletten, Tropfen etc.) und Tagesdosis z.B. „Tabletten 50 mg, 2 mal pro Tag“	Wie häufig in den letzten 6 Monaten?
		Etwa _____Tage
		Etwa _____Tage
		Etwa _____Tage
		Etwa _____Tage
		Etwa _____Tage
		Etwa _____Tage

*Bitte tragen Sie ein Fragezeichen ein, falls Sie sich bei der Dosierung unsicher sind

8. Abschließende Rückfrage: „Und ansonsten nehmen Sie zur Zeit keine weiteren Medikamente mehr ein? Z.B. auch keine Vitamine, Johanniskraut, homöopathische Präparate, irgendwelche Salben...?“

Probanden-ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

9. Wie viel haben Sie für den Kauf alle Ihrer verschreibungspflichtigen Medikamente in den letzten 6 Monaten selbst aufgewendet, inklusive Ausgaben für Rezeptgebühren? Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte:

_____ €.

Gar nichts, weil befreit bzw. privat versichert

„weiß ich nicht“

10. Wie viel haben Sie für den Kauf alle Ihrer rezeptfreien Medikamente in den letzten 6 Monaten selbst aufgewendet? Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte:

_____ €.

Gar nichts

„weiß ich nicht“