

Gesundheitscheck

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie herzlich darum bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen!

Diese Praxis wurde für eine wissenschaftliche Befragung ausgewählt, die am heutigen Tag in 2400 Arztpraxen in ganz Deutschland stattfindet. Ihr Hausarzt führt diese Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden sowie dem Max-Planck-Institut in München durch.

Sie wird von den Deutschen Fachgesellschaften für Hochdruck, Diabetes, Endokrinologie, Nephrologie und Adipositas wissenschaftlich begleitet und von der Firma Sanofi-Synthelabo durchführungstechnisch unterstützt.

Mit dieser Befragung möchten wir herausfinden, warum Sie heute beim Arzt sind und unter welchen gesundheitlichen Beschwerden Sie leiden. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns durch das Ausfüllen dieses Fragebogens dabei unterstützen. Alle Angaben sind natürlich vertraulich und werden anonym erfasst und ausgewertet. Die Arzthelferin wird Ihnen den Fragebogen geben und Ihnen sagen, wo und wann Sie ihn ausfüllen können. Geben Sie dann den Bogen nur persönlich bei Ihrem Arzt oder der Arzthelferin ab.

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig!

Sollten Sie nicht an dieser Untersuchung teilnehmen wollen, beantworten Sie doch bitte trotzdem die ersten Fragen!

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Anleitung:

Bitte beantworten Sie alle Fragen! Das Ausfüllen ist leicht - hier drei Beispiele, die Ihnen das Ausfüllen erleichtern sollen: Bei manchen Fragen sollen Sie Zahlen angeben, z.B. bei der ersten Frage:

1. Ihr Geburtsdatum: 31 05 1959
Tag Monat Jahr

Bei anderen Fragen haben Sie mehrere Antwortmöglichkeiten, und Sie sollen alle auf Sie zutreffenden ankreuzen - die nicht zutreffenden Kästchen lassen Sie einfach leer! z.B. bei Frage 8

8. Weshalb sind Sie heute beim Arzt? Bitte alle Gründe angeben! (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Zuckerkrankheit (Diabetes) akuter Notfall, Unfall
 Blutdruck (Hypertonie/Hypotonie)

Es gibt auch Fragen, die auf den ersten Blick etwas komplizierter aussehen, z.B. die Frage 16 in der danach gefragt wird, ob Sie an verschiedenen Schulungen teilgenommen haben: Hier sollen Sie zunächst die zutreffenden Kurse ankreuzen, dann angeben wie oft Sie teilgenommen haben und schließlich ob und wieviel dies geholfen hat.

ja, zur Ernährung wenn ja, wie oft wie sehr hat es dauerhaft geholfen
(letzte 12 Monate) gar nicht etwas sehr
 2

13. Wurde Ihnen vom Arzt mitgeteilt, dass Sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten haben oder litten Sie in den letzten 12 Monaten unter..... (Mehrfachnennungen sind möglich):

- ja, Herzerkrankungen (Herzschwäche, Herzinfarkt, Angina pectoris)
- ja, Durchblutungsstörungen im Gehirn, Schlaganfall
- ja, Durchblutungsstörungen in den Beinen (Krampfadern, Varizen, "offene" Beine)
- ja, häufige Infekte, Grippe, Erkältung

- ja, Magen-Darmerkrankungen (Magen-Schleimhautentzündung, Ulcus, Verschluss)
- ja, Nierenerkrankungen (Nierenversagen, Dialyse)
- ja, Osteoporose (Knochenentkalkung)
- ja, Krebserkrankungen (bösartige Tumore, Blutkrebs)

- ja, Arthrosen/Gelenkverschleiß (Hüft oder Kniegelenke, Wirbelsäule)
- ja, entzündliche Gelenk- / Wirbelsäulenerkrankungen (Polyarthritits oder Rheuma)
- ja, Depression/Angsterkrankungen
- ja, auffällige Laborbefunde (erhöhte Blutfette, Cholesterin-, Harnsäurewerte, Blutarmut, Eisenmangel)

14. Wie oft wurden in den letzten zwölf Monaten bei Ihnen folgende ärztliche Untersuchungen durchgeführt?

- | | |
|--|---|
|mal Augenuntersuchung | mal Bein-und Fussuntersuchung |
|mal Nierenuntersuchung (einschließlich Labor von Blut und Urin) | mal Herzuntersuchung (z. B. EKG, Ultraschall) |
|mal Nervenuntersuchung (z.B. Reflexe, Stimmgabeltest) | mal Gefäßuntersuchung (z.B. Ultraschall, Doppler) |

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zum Gesundheitsverhalten

15. In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen zu:

- | voll | etwas | gar nicht | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Probleme, meine Ernährungsgewohnheiten umzustellen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Probleme, mein Gewicht auf Normalgewicht zu bringen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Probleme, mich regelmäßig mehr zu bewegen/Sport zu treiben. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich fühle mich meinen Belastungen, Sorgen und Stress hilflos ausgeliefert. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stress, Sorgen und Überlastung verschlimmern und lösen Bluthochdruck und Diabetes aus. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin gut über Bluthochdruck informiert. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck ist überwiegend angeboren/vererbt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Übergewicht, fett- und salzreiche Ernährung können Bluthochdruck auslösen u. verschlimmern. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenig Bewegung und Sport verursachen und verschlimmern den Bluthochdruck. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bei Bluthochdruck kann man durch "gesünderes Verhalten" viel bewirken. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nur die Einnahme von Medikamenten senkt den Blutdruck. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck führt häufig zu Schlaganfall, Herz-/Nierenerkrankungen. |

16. Haben Sie schon einmal an Kursen/ Schulungen zur Veränderung Ihrer Ernährungs-, Bewegungs-/Sport- oder anderen Gewohnheiten teilgenommen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | wenn ja, wie oft
(letzte 12 Monate) | wie sehr hat es dauerhaft geholfen | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | gar nicht | etwas | sehr |
| <input type="checkbox"/> ja, zur Ernährung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, zu Bewegung/Sport | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, zur Stressreduktion | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, Raucherentwöhnung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, spezielle Bluthochdruckschulung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, spezielle Diabetesschulung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ja, Blutdruck- oder Diabetes-Selbsthilfegruppen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ja, andere Kurse/Schulungen, welche:

Nun zunächst einige Fragen zum Blutdruck:

17. **Wissen Sie, was normaler Blutdruck ist?** (Wenn ja, geben sie bitte die ungefähren Werte an).

unterer Wert (Diastole): oberer Wert (Systole):

17.1. **Messen Sie Ihren Blutdruck selbst?**

nein ja, gelegentlich ja, regelmäßig, und zwar: täglich wöchentlich seltener

17.2. **Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt gemessen?** (Ungefähre Schätzung reicht!)

heute vor Tagen *oder* vor Wochen seltener weiß nicht nie

17.3. **Und wie häufig wurde Ihr Blutdruck insgesamt in den letzten 12 Monaten gemessen?**

nie 1–3mal 4–7mal öfter als 7mal

18. **Wurde Ihnen jemals vom Arzt mitgeteilt, dass Ihr Blutdruck zu hoch ist?**

nein, **GEHEN SIE ZU FRAGE 19** ■

ja, wie alt waren Sie, als bei Ihnen das erste Mal Bluthochdruck festgestellt wurde: Jahre

18.1. **Wie sind Sie wegen Ihres Bluthochdrucks behandelt worden?** (Mehrfachangaben möglich)

gar nicht
 mit Medikamenten und zwar das erste Mal im Alter von

mit Schulung/Beratung (z.B. Diät/Bewegungsmangel/Stress) und zwar das erste Mal im Alter von

18.2. **Nehmen Sie derzeit, Medikamente gegen hohen Blutdruck ein?**

nein ja, mehrmals täglich 1mal täglich mehrmals die Woche seltener

18.3. **Falls der Bluthochdruck behandelt wurde** (Medikamente, Beratung, Schulung), **hat dies zu einer Senkung des Blutdrucks geführt?**

nein, der Blutdruck ist nicht gesunken.
 ja, ich fühle mich durch die Behandlung: *woher* *unverändert* *schlechter*
 ja, mein Blutdruck ist jetzt meines Wissens nach normal.
 ja, etwas, mein Bluthochdruck ist stabil gebessert.
 ja, aber der Blutdruck ist wechselhaft.

■ Im Folgenden stellen wir einige Fragen zu Diabetes (Zuckerkrankheit).

19. **Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?**

nein ja, gelegentlich ja, regelmäßig, und zwar: täglich wöchentlich seltener

19.1. **Wann wurde Ihr Blutzucker zuletzt gemessen?** (Ungefähre Schätzung reicht!)

heute vor Tagen *oder* vor Wochen seltener weiß nicht nie

19.2. **Und wie häufig wurde Ihr Blutzucker insgesamt in den letzten 12 Monaten gemessen?**

gar nicht 1–3mal 4–12mal etwa wöchentlich täglich, wie oft:

19.3 **In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen zu:**

voll etwas gar nicht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin gut über Diabetes informiert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes ist überwiegend angeboren/vererbt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übergewicht und Fehlernährung können Diabetes auslösen und verschlimmern.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegungsmangel kann Diabetes auslösen und verschlimmern.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Diabetes kann man durch "gesünderes Verhalten" viel bewirken.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die einzige Behandlung bei Diabetes sind Medikamente.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes führt häufig zu Folgeerkrankungen (Schlaganfall, Herz-, Nieren-, Fuß-, Augenerkrankungen).

19.4. Wurde Ihnen jemals vom Arzt mitgeteilt, dass Sie unter Diabetes leiden?

- nein, **GEHEN SIE ZUR FRAGE 21!** ●
 ja, unter Diabetes Typ 1 ja, unter Diabetes Typ 2 ja, weiß Diabetes-Typ nicht

20. Sind Sie schon einmal wegen Ihres Diabetes von einem Arzt behandelt worden? (Mehrfachangaben möglich)

- nein, nie
 ja, mit: *Medikamenten* *Insulinspritzen* *Insulinpumpe* *Diät (Ernährungsschulung)*

20.1. Wie alt waren Sie, als bei Ihnen das erste Mal Diabetes festgestellt wurde und wann wurden Sie das erste Mal behandelt?

Alter bei erster Diagnosestellung: Alter bei erster Behandlung:

20.2. Werden Sie derzeit behandelt? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, mit Diät (keine Medikamente, kein Insulin)
 ja, mit Tabletten mehrmals wöchentlich 1 mal täglich mal täglich
 ja, mit Insulin ungefähr mal pro Tag

20.3. Falls Ihr Blutzucker behandelt wird (Medikamente, Beratung, Schulung). **Wie gut kommen Sie insgesamt gesehen mit der Behandlung zurecht?**

- sehr gut gut schlecht sehr schlecht

Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mein Blutzucker ist jetzt meines Wissens nach normal. | <input type="checkbox"/> Mein Blutzucker ist stabil gebessert. |
| <input type="checkbox"/> Es kommt gehäuft zu vielen Blutzucker-Entgleisungen. | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Festlegung der Dosierung. |
| <input type="checkbox"/> Mein Blutzucker schwankt, ohne dass ich weiß warum. | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Nebenwirkungen. |
| <input type="checkbox"/> Ich merke den Unterzucker zu spät oder gar nicht. | |

Die abschließenden Fragen bitte nur beantworten, wenn Sie Bluthochdruck oder Diabetes haben.

● **21. Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal mitgeteilt, dass wegen Ihres Bluthochdrucks oder Ihres Diabetes eine oder mehrere Folgeerkrankungen und Probleme bei Ihnen aufgetreten sind?** (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen/-versagen (Dialyse) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (z.B. Infarkt) |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (Retinopathie) | <input type="checkbox"/> Hirnblutungen (Schlaganfall) |
| <input type="checkbox"/> Nervenschädigung (Neuropathie, Nervenschmerzen) | <input type="checkbox"/> Fußkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (z.B. erhöhte Wundneigung) | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme, Impotenz |

22. Wenn Sie keine Medikamente einnehmen oder Ihre Medikamente manchmal nicht wie verordnet einnehmen, warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)

- Mir werden derzeit keine Medikamente verordnet.
 Die Werte waren bei der Kontrolle normal.
 Ich habe die Medikamente nicht vertragen. weil
- Ich habe Angst vor Nebenwirkungen.
 Ich habe es vergessen.
 Ich habe keine Beschwerden.
 Ich halte die regelmäßige Einnahme von Medikamenten nicht für wichtig.
 Ich halte andere Maßnahmen für besser. Wenn ja, welche:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dürfen wir Sie bei Rückfragen noch einmal telefonisch kontaktieren? Wenn ja, geben Sie bitte zu diesem Zweck Ihren Namen und Ihre Telefonnummer an.

Name: Telefonnummer: