

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
Prof. Dr. med. Z. Stanga Inselspital/Universitätsspital Bern 3010 Bern Tel. 031 632 42 46 zeno.stanga@insel.ch	Seite 1 von 12	Datum Registration:

Erfasst durch: _____ Ort, Datum: _____

Fragebogen Heimparenterale Ernährung (HPE)

ID-Nr.:

Personendaten

Geschlecht: männlich weiblich Geburtsdatum [TT/MM/JJ]: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Nationalität Schweiz: ja nein, welche? _____

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt

Name: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Zustimmungserklärung mündlich: nein ja, Datum [TT/MM/JJ]: _____

Zustimmungserklärung unterschrieben: nein ja, Datum [TT/MM/JJ]: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 2 von 12	27.04.16

Quality of Life: Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzu vollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie **für jede** der folgenden Fragen **nur ein Feld** der Antwortmöglichkeit an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Viel besser	Etwas besser	Gleich gut	Etwas schlechter	Viel schlechter
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, gar nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten , (ins Schwitzen kommen) z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. mittelschwere Tätigkeiten , (ausser Atem kommen) z.B. einen Tisch verschieben, spazieren, staubsaugen oder wandern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. mehr als 1 Kilometer zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. mehrere hundert Meter weit zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. einhundert Meter weit zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SwissHPN-II-STUDIE ID-Nr.:	Eintrittsfragebogen Patient Seite 3 von 12	Version 1 27.04.16
-------------------------------	---	-----------------------

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Schwierigkeiten	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung z.B. ich musste mich besonders anstrengen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?

Schwierigkeiten	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Gar nicht <input type="checkbox"/> 1	Etwas <input type="checkbox"/> 2	Mäßig <input type="checkbox"/> 3	Ziemlich <input type="checkbox"/> 4	Sehr <input type="checkbox"/> 5
---	-------------------------------------	-------------------------------------	--	------------------------------------

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Keine <input type="checkbox"/> 1	Sehr leicht <input type="checkbox"/> 2	Leicht <input type="checkbox"/> 3	Mäßig <input type="checkbox"/> 4	Stark <input type="checkbox"/> 5	Sehr stark <input type="checkbox"/> 6
-------------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Gar nicht <input type="checkbox"/> 1	Etwas <input type="checkbox"/> 2	Mäßig <input type="checkbox"/> 3	Ziemlich <input type="checkbox"/> 4	Sehr <input type="checkbox"/> 5
---	-------------------------------------	-------------------------------------	--	------------------------------------

SwissHPN-II-STUDIE ID-Nr.:	Eintrittsfragebogen Patient Seite 4 von 12	Version 1 27.04.16
-------------------------------	---	-----------------------

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

BEFINDEN	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a. ...voller Leben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ...sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ...voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. ...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. ...erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. ...glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. ...müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

AUSSAGEN	Trifft ganz zu <input type="checkbox"/> 1	Trifft ein wenig zu <input type="checkbox"/> 2	Weiss nicht <input type="checkbox"/> 3	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 4	Trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> 5
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1992, 2002 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated.

All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (IQOLA SF-36v2 Standard, Germany (German))

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 5 von 12	27.04.16

Indikation für HPE

Seit wann haben Sie HPE? Datum [MM/JJ]: _____

Warum haben Sie HPE?

Anthropometrische Fragen

Grösse [cm]: _____

Gewicht aktuell [kg] _____

Gewicht vor Erkrankung [kg]: _____

Datum [MM/JJ]: _____

Gewicht vor HPE [kg]: _____

Datum [MM/JJ]: _____

Gewicht vor 6 Monaten [kg] _____

Datum [MM/JJ]: _____

Technische Fragen zur HPE

Datum Beginn parenterale Ernährung (bitte Datum der Kathetereinlage angeben, nach dem Sie anschliessend mit HPE ausgetreten sind) [TT/MM/JJ]: _____

Lage: rechts links

Art des Katheters:

Subkutan tunnelierter Katheter: Hickman/ Broviac anderer: _____

Implantiert Port: Port-à-Cath anderer: _____

Punktfrequenz: 1 Mal / Tag mehr als 1 Mal / Tag

Wechsel der Portnadel: zu _____ [Anz.] Tagen

PICC (peripher inserierter zentraler Katheter)

arterio-venöser Shunt

anderer: _____

Aseptische Arbeitsweise:

Verfügen Sie über eine geeignete Einrichtung (Mise-en-place) für die aseptische Arbeitsweise? nein ja

Gibt es bei Ihnen zu Hause einen fixen Ort, wo das aseptische Handling jeweils gemacht wird?

nein ja, wo? _____

Händewaschen: nein ja

Flächendesinfektion: nein ja, mit: _____

Händedesinfektion: nein ja, mit: _____

Handschuhe: nein ja Mundschutz: nein ja

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 6 von 12	

Hautdesinfektion: Chlorhexidine 2 % in 70%iger Isopropyl Lösung, z.B. Softasept

Alkoholische Povidone-Iodine Lösung, z.B. Betadine

andere: _____

Verband: Sterile Gaze / Mull: Ich wechsle ihn alle ____ Tage

Sterile, durchsichtige, semipermeable Folien: Ich wechsle sie alle ____ Tage

Katheterspülung: Wird der Katheter gespült? nein

ja, mit: NaCl 0,9% Heparin andere: _____

Gebrauch: nur für HPE

auch für Blutentnahme auch für Medikamente anderes: _____

Wie oft schon gewechselt?:_____

Datum letzter Wechsel [TT/MM/JJ]:_____

Grund der Entfernung:

Therapieende Infektion Verdacht auf Infektion (Achtung: Dies ist ein wichtiger Unterschied!)

Dislokation Verstopfung Bruch unbekannt anderer Grund:_____

Inwieweit trifft folgende Aussage auf Sie zu? Ich gewöhnne mich nur schwer an den Katheter.

trifft zu trifft eher zu weiss nicht trifft eher nicht zu trifft nicht zu

Produkte HPE und Zusätze / zusätzliche Infusionen

HPE Produkt, Name: Nutriflex lipid spezial Nutriflex Omega spezial

StruktoKabiven SmofKabiven

individuelle Zubereitung (Compounding) → Spital: _____

andere: _____

Infusionsrate HPE (ml/h): _____ über _____ h an _____ Tagen/Woche (nur in der Nacht)

Verabreichte Energie (kcal) durch PE:_____

Wie oft hat sich die Zusammensetzung Ihrer parenteralen Nahrlösung bereits geändert? _____ Mal

Was war der Änderungsgrund?

Ernährungsbedarf Ausgangsprodukte Stabilitätsproblem anderes: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 7 von 12	

Portable Pumpe: ja nein

Welches sind die häufigsten Probleme beim Handling mit der Infusion der Nährösung/ Pumpe?

Vitamine, Spurenelemente: keine in die HPE zugesetzt

Folsäure Supplementation: nein ja, wieviel: _____

Pro Infusionstag: 1 Amp Soluvit 1 Amp Vitalipid 1Amp. Addamel

1 Amp Cernevิต Konakion andere: _____

Insulintherapie: nein ja, welches Produkt: _____

Produkt _____ IE/Tag

Produkt _____ IE/Tag

Zusätzliche Elektrolyte: nein ja, welche:

Kalium (mmol/d): _____

Natrium (mmol/d): _____

Chlorid (mmol/d): _____

Calcium (mmol/d): _____

Phosphat (mmol/d): _____

Magnesium (mmol/d): _____

weitere, was: _____ wieviel: _____ mmol/d

Zusätzliche Infusionen: nein ja, welche:

NaCl 0.9% _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

Ringerlactat _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

Glucose 5% _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

Glucosaline 2:1 _____ ml/l; Anzahl Tage /Woche: _____

Zusätzliche Nahrung: nein

oral, , welche: _____

10% 25% 50% 75%

enteral gastral (PEG, nasogastral, ...), kcal: _____

Produkt: _____

enteral jejunal (PEG/J, nasojejunal, ...), kcal: _____

Produkt: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 8 von 12	

Medikamente:

- Magensäure-Blocker, z.B. Pantozol: _____ Pankreatin, z.B. Creon: _____
- Diuretikum, z.B. Lasix: _____ Anregung Motilität, z.B. Motilium: _____
- Analgetika, z.B. Dafalgan: _____
- Antidepressivum: _____ Weitere: _____

Künstlicher Ausgang (Stoma) vorhanden: ja nein

Wenn ja: Gastrostomie Jejunostomie Ileostomie Colostomie

Probleme mit der Pflege des Stomas (An- und Abmontur): ja nein

Probleme mit dem Stoma Ausgang (rinnen, etc.): ja nein

Osteoporose Anamnese:

Zusätzliche Therapien: nein ja, welche:

Steroid Therapie

Vitamin D Tropfen

andere _____

Knochenbrüche in den letzten 2 Jahren: nein ja, welche: _____

Knochendichte gemessen? nein ja: Methode, Datum, Resultat: _____

Welche (Katheter-bezogenen) Komplikationen sind seit dem Start der HPE aufgetreten?

Infektion: nein ja, Datum: _____ Anzahl: _____

Symptome: keine Unwohlsein Fieber Schüttelfrost Hypotonie

Rötung an Katheteraustrittsstelle Eiter an Katheteraustrittsstelle

Thrombose nein ja, Datum: _____ Anzahl: _____

Mechanische Komplikation:

Verstopfung nein ja, Datum: _____ Anzahl: _____

Bruch/Leck nein ja, Datum: _____ Anzahl: _____

Hat sich der Katheter verschoben? nein ja, Datum: _____ Anzahl: _____

anderes: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 9 von 12	

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten hospitalisiert?

nein ja

Von: _____ bis _____

Weshalb: _____

Wie ist ihre Lebenssituation mit HPE?

- | | | | |
|-------------|---|---------------------|---|
| Zivilstand: | <input type="checkbox"/> ledig | Höchster Abschluss: | <input type="checkbox"/> Grundschule |
| | <input type="checkbox"/> verheiratet | | <input type="checkbox"/> Lehre |
| | <input type="checkbox"/> geschieden | | <input type="checkbox"/> (Berufs-)Matura |
| | <input type="checkbox"/> verwitwet | | <input type="checkbox"/> Universität |
| | <input type="checkbox"/> möchte nicht antworten | | <input type="checkbox"/> möchte nicht antworten |

- | | | | |
|----------------|--|---------|--|
| Wohnsituation: | <input type="checkbox"/> lebt alleine | Arbeit: | <input type="checkbox"/> in Ausbildung |
| | <input type="checkbox"/> mit einer PartnerIn | | <input type="checkbox"/> Hausarbeit |
| | <input type="checkbox"/> mit Eltern/Geschwistern | | <input type="checkbox"/> Vollzeitjob |
| | <input type="checkbox"/> mit Kind/Kindern unter 18J. | | <input type="checkbox"/> Teilzeitjob: _____ % |
| | <input type="checkbox"/> mit Freunden | | <input type="checkbox"/> Ich kann nicht mehr arbeiten. |
| | <input type="checkbox"/> Kollektivhaushalt, Klinik, Heim | | <input type="checkbox"/> Pension |
| | <input type="checkbox"/> anderes: _____ | | <input type="checkbox"/> möchte nicht antworten |
| | <input type="checkbox"/> möchte nicht antworten | | |

Haben Sie finanzielle Sorgen seitdem Sie eine HPE haben? nein ja

Wer übernimmt Ihre Betreuung bezüglich Körperpflege, Haushalt und parenterale Ernährung?

(Es sind jeweils mehrere Antworten möglich)

Wer kocht und kauft ein?: _____

Wer putzt?: _____

Können Sie die Körperpflege selbstständig erledigen?: ja nein

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 10 von 12	27.04.16

PARENTERALE ERNÄHRUNG (AN- UND ABHÄNGEN DER NÄHRLÖSUNG):

selbstständig

→ Wer hat sie im Umgang mit der parenteralen Ernährung trainiert?

(mehrere Antworten möglich):

Hausarzt/Hausärztin Spitalarzt/Spitalärztin

Pflegende / Ernährungsberatung Spital

Extern, Wer: Spitex; Home Care; andere: _____

brauche Hilfe: 1 Mal täglich 2 Mal täglich 2-3 Mal wöchentlich

Hilfe durch: Familienangehörige

Extern, Wer: Spitex; Home Care; andere: _____

HANDHABUNG DES KATHETERS (VERBANDSWECHSEL, PFLEGE, USW.):

selbstständig

→ Wer hat sie im Umgang mit der Handhabung des Katheters trainiert?

(mehrere Antworten möglich):

Hausarzt/Hausärztin Spitalarzt/Spitalärztin

Pflegende / Ernährungsberatung Spital

Extern, Wer: Spitex; Home Care; andere: _____

brauche Hilfe: 1 Mal täglich 2-3 Mal wöchentlich 1 Mal wöchentlich

Hilfe durch: Familienangehörige

Extern, Wer: Spitex; Home Care; andere: _____

TRAINING ZUM UMGANG MIT PE, KATHETERPFLEGE, VERBANDWECHSEL, USW.

Ort: Spital zu Hause sonst: _____

Dauer: 2-3d 4-7d 7-14d mehr als 14d

Teilnahme: Ich Partner andere: _____

Wurden spezielle Methoden (z.B. Film, Tagebuch) verwendet?? nein ja: _____

Schriftliche Anleitungen/ Richtlinien zu Hause: nein ja, von wem: _____

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 11 von 12	27.04.16

Was tun Sie wenn Probleme auftreten?

- Ansprechsperson: Hausarzt/Hausärztin Spitalarzt/Spitalärztin
 Pflegende / Ernährungsberatung Spital
 Extern, Wer: Spitex; Home Care; andere: _____

Wie weit ist es bis zu einem Kompetenzzentrum, indem Sie bezüglich Ihrer HPE spezifisch beraten werden? _____ [km]

Wie oft gehen Sie zur Kontrolle? alle 1-2 Monate alle 3-4 Monate 2 Mal im Jahr 1 Mal jährlich

Zufriedenheit

Arzt (Betreuung)

- sehr zufrieden zufrieden weiss nicht unzufrieden sehr unzufrieden

Ernährungsberatung (Rat)

- sehr zufrieden zufrieden weiss nicht unzufrieden sehr unzufrieden

Home Care (Bestellung, Lieferung, Betreuung)

- sehr zufrieden zufrieden weiss nicht unzufrieden sehr unzufrieden

Spitex oder Pflege (Katheterpflege und –hygiene)

- sehr zufrieden zufrieden weiss nicht unzufrieden sehr unzufrieden

Weitere Wünsche/Anregungen: _____

Welches sind für Sie die bedeutendsten negativen Auswirkungen der Parenteralen Ernährung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> abhängig sein | <input type="checkbox"/> Besuch kultureller und sozialer Anlässe |
| <input type="checkbox"/> Reisen/Haus verlassen | <input type="checkbox"/> Ehe/Partnerschaft/Familienleben |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen * | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

*Nehmen Sie deswegen Medikamente? nein ja, welche: _____

Wie oft: _____

Machen Sie Ferien mit der PE? nein ja

SwissHPN-II-STUDIE	Eintrittsfragebogen Patient	Version 1
ID-Nr.:	Seite 12 von 12	27.04.16

Welches sind Ihre häufigsten Beschwerden (+ = 1x pro Woche /++ = 2-3 Mal pro Woche / +++ = jeden Tag)?

- | | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Fieber | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Häufiges Urinieren | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Reflux | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Geschmackliche Veränd. | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Oedeme | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | + ++ +++ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | + ++ +++ | <input type="checkbox"/> andere: _____ | + ++ +++ |

Achten Sie speziell auf Ihre Mundhygiene? nein ja

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!