

HIV-Medikamenten-Fragebogen: HIVMQ

In diesem Fragebogen geht es um Ihr HIV-Medikament und Ihre Erfahrungen mit diesem Medikament in den letzten Wochen.

Eine Pflegekraft oder Arzthelferin schreibt die Namen der verschiedenen Medikamente/Dosen auf, die Ihnen von den Ärzten verschrieben wurden, die Ihre HIV-Erkrankung behandeln.

Geben Sie in den dafür vorgesehenen Kästchen für jedes unten aufgeführte Medikament bitte an:

- Teil a) Ob Sie dieses Medikament nehmen.
Falls Sie das Medikament überhaupt nicht nehmen, lassen Sie bitte Fragen (b) bis (f) aus und machen Sie mit dem Medikament im nächsten Kästchen weiter.
- Teil b) Wie oft Sie dieses Medikament nehmen sollen.
Falls Sie die Anzahl der Einnahmen pro Tag variieren müssen, geben Sie bitte die üblichste Anzahl an.
- Teil c) Wann Sie dieses Medikament nehmen sollen. (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen.)
- Teil d) bis f): Bitte kreisen Sie eine Zahl zwischen 0 (nie) und 6 (immer) ein.

Falls Sie zur Behandlung Ihrer HIV-Erkrankung weitere Medikamente erhalten, schreiben Sie den Namen des Medikaments bitte in die dafür vorgesehenen zusätzlichen Kästchen und füllen Sie Teil a) bis f) wie vorstehend aus.

Weiter auf der nächsten Seite ...

Name des Medikaments Nr. 1:	Verschriebene Dosis
Von Pflegekraft/Arzthelferin <input type="checkbox"/> oder Patient/in angegeben <input type="checkbox"/>	
<p>1a) Nehmen Sie dieses Medikament?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls Nein, machen Sie bitte mit Medikament 2 unten weiter.</p> <p>1b) Wie oft sollen Sie diese Dosis nehmen?</p> <p>pro Tag <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/></p> <p>1c) Wann sollen Sie dieses Medikament nehmen? (z.B. morgens, zum Frühstück, vor dem Essen, beliebig)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>1d) Wie oft nehmen Sie das Medikament genau wie empfohlen?</p> <p style="text-align: center;">nie 0 1 2 3 4 5 6 immer</p> <p>1e) Wie oft finden Sie es unbequem oder schwierig, dieses Medikament wie empfohlen zu nehmen?</p> <p style="text-align: center;">nie 0 1 2 3 4 5 6 immer</p> <p>1f) Wie viele Schmerzen/Beschwerden haben Sie mit diesem Medikament erlebt?</p> <p style="text-align: center;">überhaupt keine 0 1 2 3 4 5 6 sehr viele</p>	

For information only