

Patientenname _____

Datum _____

Arzt _____

Hypophosphatasie (HPP)

Diskussions-Leitfaden für Ihr Arztgespräch

Dieser Fragenkatalog soll es Ihnen einfacher machen, bei Ihrem nächsten Arztbesuch, gezielt Fragen zur Versorgung Ihrer Erkrankung Hypophosphatasie zu stellen und andere relevante Gesundheitsangelegenheiten zu besprechen.

Bitte nehmen Sie sich 5-10 Minuten Zeit, diese Fragen vor Ihrem nächsten Termin zu bearbeiten.

1 - Bitte beschreiben Sie kurz die 3 Probleme, die **Sie** während Ihres Besuchs mit Ihrem Arzt besprechen möchten:

Zögern Sie nicht, Fragen zu Ihrer Erkrankung HPP und/oder anderen Themen aufzunehmen, die Sie für wichtig halten

-
.....
.....

-
.....
.....

-
.....
.....

2 - Wie oft hat die HPP Sie im letzten Monat an der Ausübung Ihrer Arbeit, Hobbys oder Ausbildung und der Teilnahme am sozialen Leben gehindert (mehr als es **für Sie üblich ist**)?

nie selten manchmal oft immer

3 - Inwieweit waren Ihre Arbeit, Ihre Hobbys, Ihre Ausbildung und Ihr soziales Leben in **den letzten sechs Monaten im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne HPP** eingeschränkt?

nie selten manchmal oft immer

4 - Wie oft hatten Sie im **letzten Monat** Schwierigkeiten, kurze Distanzen zu gehen, z. B. 100 Meter?

nie selten manchmal oft immer

5 - Wie oft hatten Sie im **letzten Monat Schlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten**?

nie selten manchmal oft immer

Patientenname _____ Datum _____

Arzt _____

6 - Wie oft (wenn überhaupt) haben Sie in den letzten **6 Monaten Mobilitätshilfen** (wie Gehstöcke, Gehhilfen, Türrampen, Rollator oder Rollstuhl) verwendet, um Ihre Mobilität zu verbessern?

nie selten manchmal oft immer

7 - Wenn Sie **Mobilitätshilfen verwendet** haben, geben Sie bitte kurz an, welche Hilfsmittel und wann Sie diese verwendet haben.

.....

8 - Wie oft haben Sie sich im letzten Monat besonders **ängstlich oder traurig** gefühlt?

nie selten manchmal oft immer

9 - Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass Ihre üblichen täglichen Aktivitäten durch **Ihre Stimmung eingeschränkt** waren?

nie selten manchmal oft immer

10 - Auf einer Skala von 0-10, wobei 0 überhaupt keine Schmerzen und 10 die schlimmsten Schmerzen sind, die Sie sich vorstellen können, **wie viel Schmerzen haben Sie in der letzten Woche verspürt?**



11 - Wie oft (wenn überhaupt) müssen Sie **Medikamente gegen Schmerzen anwenden?**

nie selten manchmal oft immer

12 - Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ggf. gegen Schmerzen ein (einschließlich verschreibungspflichtiger und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente)?

.....

13 - Bitte beschreiben Sie kurz alle **medizinischen Probleme**, die seit Ihrem letzten Besuchstermin aufgetreten sind:

.....
.....
.....
.....

14 - Bitte beschreiben Sie kurz alle **Änderungen Ihrer Lebensumstände** (Job, Familie, Zuhause oder andere Faktoren), die für Ihr Gespräch mit dem Arzt wichtig sein könnten:

.....
.....
.....
.....