

PNH FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen soll Sie bei der Vorbereitung auf Ihr nächstes Gespräch mit Ihrem Arzt* unterstützen.

Datum: _____

Datum des nächsten Arzttermins: _____



Fühlen Sie sich in Ihrem Alltag häufig eingeschränkt?

Ja Nein

Fühlen Sie sich arbeitsfähig?

Ja Nein Vollzeit Teilzeit

Müssen Sie sich aufgrund von körperlichen Einschränkungen öfter einen Tag frei nehmen bzw. schaffen Sie Ihren Arbeitstag nur mit Mühe?

Ja Nein



Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Lebensqualität schlechter ist als die Ihres Umfeldes?

Ja Nein



In welchen Bereichen fühlen Sie sich eingeschränkt?

Seelisches Wohlbefinden

Erfüllung persönlicher Bedürfnisse

Körperliches Wohlbefinden

Körperliche Aktivität

Soziale Kontakte pflegen

Hobbys nachgehen

Freizeitgestaltung und Urlaub

Geistige Aktivität (z.B. Merkfähigkeit, Konzentration etc.)



Geht es Ihnen durch Ihre PNH-Therapie besser?

Ja Nein



Sind Sie mit dem zeitlichen und organisatorischen Aufwand Ihrer PNH-Behandlung zufrieden?

Ja Nein



Sind Sie mit Ihrer PNH-Behandlung vollständig zufrieden?



Sollten Sie nicht zufrieden sein, was stört Sie?

Welche Symptome haben Sie weiterhin unter Ihrer PNH-Therapie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dunkelfärbung des (Morgen-) Urins | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Blässe |
| <input type="checkbox"/> Brust- und Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schluckstörung (Dysphagie) |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Erektionsstörung
(erektiler Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Starke Erschöpfung | |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der körperlichen Schwere | |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Leistungsfähigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Frieren (unabhängig von der
Außentemperatur) | |

Weitere Symptome:

Dieses Merkblatt wurde gemeinsam mit medizinischem Fachpersonal erstellt.

Alle medizinischen Informationen dienen nur zu Informationszwecken und ersetzen nicht die Beratung durch einen Arzt oder andere medizinische Fachkräfte.

* Der besseren Lesbarkeit halber verwenden wir nur die männliche Form von „Patient“, „Arzt“, „Behandler“ usw. Selbstverständlich sind damit immer auch weibliche Personen und Menschen mit weiteren Geschlechtsidentitäten gemeint.

Erfahren Sie, wie Sie mit PNH gut leben
können unter: www.selten-vereint.de

