

Fragebogen: Ihr Gesundheitszustand nach der Aortenklappen-OP

Sehr geehrte(r) Patient(in),
mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie dem Deutschen Aortenklappenregister aus Ihren Erfahrungen zu lernen. Wir bedanken uns schon jetzt herzlich für Ihre Zeit und Ihre Mühe! Der Fragebogen dient Ihnen nur zur Orientierung für das anstehende Telefonat. Nicht alle Fragen treffen auf Sie zu. Unverständliche Fragen können gerne im Telefonat besprochen werden. Bitte halten Sie für Fragen zur Medikation Ihre Medikamente zur Blutverdünnung bereit.

Dieser Fragebogen bleibt bei Ihnen, sofern Sie die Fragen per Telefon beantworten werden. Sollten Sie die Fragen lieber schriftlich beantworten wollen, so fügen Sie bitte am Ende des Bogens Ihren Namen und Ihre Register-ID ein.

Wiederholungseingriffe an der Aortenklappe

1. Wurden bei Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (vor einem Jahr) noch weitere Eingriffe an der Aortenklappe durchgeführt?
2. a) Wenn ja: Wie viele Eingriffe gab es nach dem ersten Eingriff an der Aortenklappe?
b) Welche Eingriffsmethode wurde dabei verwendet (konventionell chirurgische OP oder kathetergestütztes Verfahren)? Wann genau war der Wiederholungseingriff?

Krankenhausaufenthalte

3. Hatten Sie nach dem ersten stationären Aufenthalt, bei dem der (erste) Aortenklappeneingriff vorgenommen wurde, noch weitere stationäre Aufenthalte im Krankenhaus? Wenn ja, wie oft?
 - a) Waren Sie im Krankenhaus wegen Komplikationen des Klappeneingriffes? Wenn ja, wie oft?
 - b) Waren Sie darüber hinaus wegen des Herzens oder des Kreislaufs im Krankenhaus? Wenn ja, wie oft?
4. Wenn ja: Wie viele Tage waren Sie insgesamt aufgrund des Herzens oder des Kreislaufs oder aufgrund von Komplikationen des Klappeneingriffes im Krankenhaus?

Ereignisse nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

5. Zurück zum Zeitpunkt nach Ihrem ersten Aortenklappeneingriff: Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann war das?

6. Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Schlaganfall, eventuell auch nur vorübergehend?

a) Wenn ja, ohne bleibende Beeinträchtigungen, leichte Beeinträchtigungen oder schwere Beeinträchtigungen, Wann war das?

7. Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Bypass-Operation? Wenn ja, wann war das?

8. Wurde bei Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Herzgefäß mittels eines aufblasbaren Katheters im Herzkatheterlabor erweitert (Ballondilatation, PCI oder PTCA)? Wenn ja, wann war das?

9. Haben Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Herzschrittmacher (HSM) bekommen?

a) Wenn ja, handelt es sich um einen Einkammer- oder Zweikammer-Herzschrittmachertyp? Wann haben Sie diesen bekommen?

10. Haben Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen implantierbaren Defibrillator (Kardioverter, ICD) bekommen? Wenn ja, wann wurde dieser eingesetzt?

11. Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus andere Komplikationen?

Rehabilitationsmaßnahmen

12. Hatten Sie aufgrund des Aortenklappeneingriffs eine Reha-Maßnahme?

a) Wenn ja, wie viele Wochen insgesamt?

b) Wurde die Reha-Maßnahme stationär oder ambulant durchgeführt?

c) Gab es während der Reha-Maßnahmen Komplikationen?

Arztkontakte

13. Waren Sie seit dem (ersten) Aortenklappeneingriff (vor einem Jahr) bei Ihrem Hausarzt (*hier ist nur der direkte und persönliche Kontakt im Rahmen einer Behandlung oder Untersuchung gemeint*)? Wenn ja, wie oft?

14. Waren Sie seit dem Aortenklappeneingriff bei einem niedergelassenen Facharzt (Kardiologen) aufgrund der Behandlung der Aortenklappenerkrankung?

a) Wenn ja, wie oft waren Sie dort? Ist der niedergelassene Kardiologie gleichzeitig Ihr Hausarzt?

b) Oder waren sie bei einem Kardiologen im Krankenhaus, wenn ja: Wie oft waren Sie beim Kardiologen?

Herzschwäche

15. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastbarkeit ein (im Hinblick auf Erschöpfung, Luftnot, Engegefühl, Herzschmerzen)? Haben Sie keine Beschwerden, Beschwerden nur bei stärkerer körperlicher Anstrengung (wie z.B. schwerer Gartenarbeit), Beschwerden bereits bei leichter Anstrengung (wie z.B. bei wenigen Treppenstufen) oder Beschwerden schon im Ruhezustand?

Pflegebedürftigkeit

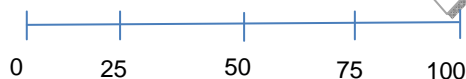
16. Wurde Ihnen eine offizielle Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bescheinigt? Wenn ja, welche Pflegestufe?

Lebensqualität

17. Wie schätzen Sie Ihre allgemeine Lebensqualität hinsichtlich folgender Punkte ein?

- a) **Beweglichkeit / Mobilität** - Haben Sie in diesem Bereich keine Probleme, einige Probleme oder sind Sie ans Bett gebunden?
- b) **Für sich selbst sorgen** (z.B. beim Waschen und Ankleiden) - Haben Sie in diesem Bereich keine Probleme, einige Probleme oder sind Sie dazu nicht in der Lage?
- c) **Alltägliche Tätigkeiten** (z.B. im Haushalt, Garten, Beruf) - Haben Sie in diesem Bereich keine Probleme, einige Probleme oder sind Sie dazu nicht in der Lage?
- d) **Schmerzen oder körperliche Beschwerden** – Haben Sie keine, einige oder extreme Schmerzen oder körperliche Beschwerden?
- e) **Angst oder / und Niedergeschlagenheit** – Sind Sie nicht ängstlich oder deprimiert, mäßig oder extrem ängstlich oder deprimiert?

18. Wie schätzen Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand ein auf einer Skala von 0 bis 100, wobei 0 den schlechtest-denkbaren Zustand und 100 den best-denkbaren Gesundheitszustand darstellt?



19. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand heute im Vergleich zu dem Gesundheitszustand vor der Operation? Besser, gleich geblieben oder schlechter?

Medikation

20. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welche?

Erwerbstätigkeit

21. Sind Sie derzeit berufstätig oder im Ruhestand? Falls Sie berufstätig sind, sind Sie es in Vollzeit, Teilzeit, selbständig oder arbeitssuchend / arbeitslos, in Umschulung / Ausbildung oder berufunfähig / erwerbsunfähig?

22. Bestand oder besteht seit dem Aortenklappeneingriff eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit aufgrund der Aortenklappen-Erkrankung? Wenn ja, wie viele Wochen?

Patientenzufriedenheit

23. Wie zufrieden sind Sie mit dem durchgeführten Eingriff? Wählen Sie auf einer Skala von „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“ bis „nicht befriedigend“
Möchten Sie sich zur Zufriedenheit im Bereich der Pflege im Krankenhaus, der ärztlichen Betreuung und der durchgeführten Reha-Maßnahme äußern, können Sie dies ebenfalls gerne vermerken.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe an der Befragung zu Ihrem Gesundheitszustand teilzunehmen!

Bitte nur angeben, wenn Sie uns schriftlich oder per E-Mail die Fragen beantworten.

Name, Vorname _____

Register-ID: _____