

Fragebogen: Ihr Gesundheitszustand 1 Jahr nach Aortenklappen-Eingriff

Sehr geehrte(r) Patient(in),
mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie dem Deutschen Aortenklappenregister aus Ihren Erfahrungen zu lernen und gezielte Auswertungen zu erstellen. 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 kann bei Ihren persönlichen Unterlagen verbleiben und dient nur zu Ihrer Vorbereitung für das telefonische Interview.

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

Name, Vorname _____

Register-ID: _____

Wiederholungseingriffe an der Aortenklappe

1. Wurden bei Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (vor einem Jahr) noch weitere Eingriffe an der Aortenklappe durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja:

- a) Wie viele Eingriffe gab es nach dem ersten Eingriff an der Aortenklappe?

____ (Anzahl)

- b) Welche Eingriffsmethode wurde dabei verwandt (konventionell chirurgische OP oder kathetergestütztes Verfahren)?

offen-chirurgisch

kathetergestützt

beide

unbekannt

- c) Wann genau war der Wiederholungseingriff? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

Krankenhausaufenthalte

2. Hatten Sie nach dem ersten stationären Aufenthalt, bei dem der (erste) Aortenklappeneingriff vorgenommen wurde, noch weitere stationäre Aufenthalte im Krankenhaus, unabhängig von der Ursache?

Ja Nein

Wenn ja:

a) Wie oft waren Sie insgesamt im Krankenhaus? ____ (Anzahl)

b) Waren Sie im Krankenhaus wegen Komplikationen des Klappeneingriffes?

Ja Nein

Wenn ja: Wie oft? ____ (Anzahl)

Waren Sie im Krankenhaus wegen des Herzens oder des Kreislaufs?

Ja Nein

Wenn ja: wie oft? ____ (Anzahl)

c) Wie viele Tage waren Sie insgesamt aufgrund des Herzens oder des Kreislaufs oder aufgrund von Komplikationen des Klappeneingriffes im Krankenhaus? ____ (Anzahl)

Ereignisse nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

3. Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Herzinfarkt?

Ja Nein

Wenn ja:

Wann waren Sie deswegen im Krankenhaus? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

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

Ja Nein

Wenn ja:

- a) ohne bleibende Beeinträchtigungen
 mit leichten Beeinträchtigungen
 mit schweren Beeinträchtigungen

b) Wann hatten Sie den Schlaganfall? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

5. Hatten Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Bypass-Operation?

Ja Nein

Wenn ja: Wann hatten Sie die Bypass-Operation? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

6. Wurde bei Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Herzgefäß mittels eines aufblasbaren Katheters im Herzkatheterlabor erweitert (Ballondilatation, PCI oder PTCA)?

Ja Nein

Wenn ja: Wann war das? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

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

Ja Nein

Wenn ja:

- a) Handelt es sich um einen

- Einkammer-Herzschrittmachertyp
 Zweikammer-Herzschrittmachertyp
 Typ unbekannt

b) Wann hatten Sie die Herzschrittmacher-OP? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

8. Haben Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen implantierbaren Defibrillator (Kardioverter, ICD) bekommen?

Ja Nein

Wenn ja: Wann wurde dieser eingesetzt? ____ . ____ . ____ (T.M.JJJJ)

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

Ja Nein

Wenn ja: Welche Komplikationen sind bei Ihnen nach der Entlassung aufgetreten?

Rehabilitationsmaßnahmen

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

Ja Nein

Wenn ja:

- a) Wie viele Wochen insgesamt? ____ (Anzahl)
b) Wurde die Reha-Maßnahme stationär oder ambulant durchgeführt?
c) Gab es während der Reha-Maßnahmen Komplikationen?

Ja Nein

Wenn ja: Welche Komplikationen sind bei Ihnen während der Reha aufgetreten?

Arztkontakte

11. Waren Sie seit dem Aortenklappeneingriff vor einem Jahr bei Ihrem Hausarzt?
(*hier ist nur der direkte und persönliche Kontakt im Rahmen einer Behandlung oder Untersuchung gemeint*)?

Ja Nein

Wenn ja: wie oft? ____

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

Ja Nein

Wenn ja:

a) Wie oft waren Sie dort? ____

b) Ist der Kardiologie gleichzeitig Ihr Hausarzt? Ja Nein

c) Waren Sie außerdem bei einem Kardiologen im Krankenhaus?

Ja Nein

Wenn ja: Wie oft waren Sie im Krankenhaus beim Kardiologen? ____

Herzschwäche

13. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastbarkeit ein (im Hinblick auf Erschöpfung,
Luftnot, Engegefühl, Herzschmerzen)?

keine Beschwerden

Beschwerden nur bei stärkerer körperlicher Anstrengung
(wie z.B. schwerer Gartenarbeit)

Beschwerden bereits bei leichter Anstrengung
(wie z.B. bei wenigen Treppenstufen)

Beschwerden schon im Ruhezustand

Pflegebedürftigkeit

14. Wurde Ihnen eine offizielle Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der
Krankenversicherung (MDK) bescheinigt?

Ja Nein

Wenn ja: Welcher Pflegegrad wurde Ihnen bescheinigt?

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Pflegegrad unbekannt

Lebensqualität

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

a) **Beweglichkeit / Mobilität**

- keine Probleme
- einige Probleme
- ans Bett gebunden

b) **Für sich selbst sorgen** (z.B. beim Waschen und Ankleiden)

- keine Probleme
- einige Probleme
- nicht dazu in der Lage

c) **Alltägliche Tätigkeiten** (z.B. im Haushalt, Garten, Beruf)

- keine Probleme
- einige Probleme
- nicht dazu in der Lage

d) **Schmerzen oder körperliche Beschwerden**

- keine
- mäßige
- extreme Schmerzen oder körperliche Beschwerden

e) **Angst oder/und Niedergeschlagenheit**

- gar nicht
- mäßig
- extrem ängstlich oder deprimiert

16. 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?



17. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand **heute** im Vergleich zu dem Gesundheitszustand vor der Operation?

- besser
- gleich geblieben
- schlechter

Medikation

18. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

Ja Nein

Wenn ja: Welches Medikament nehmen Sie derzeit ein?

Erwerbstätigkeit

19. Sind Sie derzeit berufstätig oder im Ruhestand .

Wenn Sie berufstätig sind:

- Vollzeit
- Teilzeit
- selbständig
- arbeitssuchend/arbeitslos
- Umschulung/Ausbildung
- berufsunfähig/ erwerbsunfähig

20. Bestand oder besteht seit dem Aortenklappeneingriff eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit aufgrund der Aortenklappen-Erkrankung?

Ja Nein

Wenn ja: Seit wie vielen Wochen? _____

Patientenzufriedenheit

21. Wie zufrieden sind Sie mit dem durchgeführten Eingriff?

sehr gut gut befriedigend nicht befriedigend

Möchten Sie sich zur Zufriedenheit im Bereich der Pflege im Krankenhaus, der ärztlichen Betreuung, der durchgeführten Reha-Maßnahme und der (ärztlichen) Nachsorge /-betreuung äußern, können Sie dies ebenfalls gerne anmerken.

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