



Bundesweiter Hepatitis-C Fragebogen 2016/2017

Wir brauchen Ihre Mithilfe!

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für unseren Fragebogen.

Hier haben wir einige Fragen zu Ihrer Person

Verraten Sie uns Ihr Alter?		18 - 39	<input type="radio"/>	40 - 59	<input type="radio"/>	
		60 und älter	<input type="radio"/>	keine Angaben	<input type="radio"/>	
Sind Sie		männlich	<input type="radio"/>	weiblich	<input type="radio"/>	
Wann wurde die Hepatitis-C bei Ihnen diagnostiziert?		im Jahr:				
Welchen Genotyp hatten / haben Sie?	Genotyp		Subtyp			
Wie hoch war die Virenmenge im Durchschnitt?		PCR IU/ml				
		Kopien/ml				
Ist Ihnen die Infektionsursache bekannt?		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Wenn ja, welche?						
Bestand bei der Hepatitis-C Diagnosestellung eine...	Fettleber	<input type="radio"/>	Fibrose	<input type="radio"/>	Zirrhose	<input type="radio"/>
Wie waren Ihre Leberwerte bei der Hepatitis-C Diagnosestellung?						
GOT / ASAT	Normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
GPT / ALAT	Normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
Gamma-GT	Normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
Wie war Ihre seelische Verfassung aufgrund der Hepatitis-Diagnose, welche Symptome zeigten sich?						
Schlafstörungen		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Depressionen		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Ängste		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Unsicherheiten		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
eingeschränkte Zukunftsaussichten		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Eigene Angaben:						

Wie hoch würden Sie Ihre seelische Belastung direkt nach der Hepatitis-Diagnose einschätzen?											
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an: 1 ist gering - 10 ist hoch		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie viel Zeit ist zwischen der Diagnosestellung und der ersten Therapie vergangen?											
	Wochen		Monate		Jahre						

Ihr Befinden vor der Therapie

Wie hoch würden Sie Ihre seelische Belastung vor der Therapie einschätzen?											
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an: 1 ist gering - 10 ist hoch		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hatten Sie vor der Therapie vermehrt Infekte?											
Das heißt: "Große Infekte" mit Fieber oder "Kleine Infekte" ohne Fieber											
Wenn ja, welche Infekte waren das? z .B.		mit Fieber		ohne Fieber							
Erkältungen?	wie oft?		wie oft?								
Lunge/Bronchien?	wie oft?		wie oft?								
Harnorgane?	wie oft?		wie oft?								
Gynäkologie?	wie oft?		wie oft?								
Gastroenterologie?	wie oft?		wie oft?								
Eigene Angaben:	wie oft?		wie oft?								
	wie oft?		wie oft?								
	wie oft?		wie oft?								
Hatten Sie vor der Therapie Beschwerden / Erkrankungen, die Sie direkt mit der Hepatitis-C in Verbindung bringen?											
			Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>					
Wenn ja, welche											
Hatten Sie an einer Studie teilgenommen?											
			Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>					
An welcher?											
Wann?		Jahr:									
Wie viele Therapien haben Sie durchgeführt?											
			insgesamt:								
1. Therapie		Jahr									
Mit welchen Medikamenten?											
Erreichten Sie das Therapieende?		Ja	<input type="radio"/>	Wie viele Wochen?							
Wenn nein, warum wurde die Therapie abgebrochen?											

2. Therapie		Jahr	
Mit welchen Medikamenten?			
Erreichten Sie das Therapieende?	Ja <input type="radio"/>	Wie viele Wochen?	
Wenn nein, warum wurde die Therapie abgebrochen?			
3. Therapie		Jahr	
Mit welchen Medikamenten?			
Erreichten Sie das Therapieende?	Ja <input type="radio"/>	Wie viele Wochen?	
Wenn nein, warum wurde die Therapie abgebrochen?			

Ihr Befinden während der Therapie

Hatten Sie während der Therapie vermehrt Infekte?				
Das heißt: "Große Infekte" mit Fieber		oder "Kleine Infekte" ohne Fieber		
Wenn ja, welche Infekte waren das?	z .B.	mit Fieber		ohne Fieber
Erkältungen?		wie oft?		wie oft?
Lunge/Bronchien?		wie oft?		wie oft?
Harnorgane?		wie oft?		wie oft?
Gynäkologie?		wie oft?		wie oft?
Gastroenterologie?		wie oft?		wie oft?
Eigene Angaben:		wie oft?		wie oft?
		wie oft?		wie oft?
		wie oft?		wie oft?
Wie ging es Ihnen während der Therapie (z.B.: andauernder Durchfall, Kreislaufstörungen, seelische Veränderungen o.a.)?				
Wie hoch würden Sie Ihre seelische Belastung während der Therapie einschätzen?				
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an:		1 ist gering - 10 ist hoch		
		1	2	3
		4	5	6
		7	8	9
		10		

Wie ging es Ihnen kurz nach der Therapie (z.B.: andauernder Durchfall, Kreislaufstörungen, seelische Veränderungen o.a.)?											
Wie hoch würden Sie Ihre seelische Belastung kurz nach der Therapie einschätzen?											
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an: 1 ist gering - 10 ist hoch		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie ging es Ihnen 6 Monate nach der Therapie (z.B.: lang andauernder Durchfall, Kreislaufstörungen, seelische Veränderungen o.a.)?											
Wie hoch würden Sie Ihre seelische Belastung 6 Monate nach der Therapie einschätzen?											
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an: 1 ist gering - 10 ist hoch		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie lange hat die gesamte Erholungsphase gedauert?	Wochen		Monate		Jahre						
Was waren währenddessen die Beschwerden oder Erkrankungen?											
Hatten Sie Gewichtsveränderungen durch die Hepatitis-Therapie ?	Kilo		zuge- nommen	<input type="radio"/>	abge- nommen	<input type="radio"/>					

Mögliche Spätfolgen

Glauben Sie, dass aufgrund der Therapie Spätfolgen vorliegen?		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Welcher Art? körperlich:					
seelisch:					
Waren Sie wegen der Spätfolgen bei einem Haus- / Facharzt?					
		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
		wie oft?			
		wie lange?			
Wenn ja, verraten Sie uns weswegen?					

Waren Sie wegen der Spätfolgen arbeitsunfähig?					
		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
		wie oft?			
		wie lange?			
Wenn ja, verraten Sie uns weswegen?					

Waren Sie sogar wegen der Spätfolgen im Krankenhaus?					
		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
		wie oft?			
		wie lange?			
Wenn ja, verraten Sie uns weswegen?					

Ihr Befinden heute

Sind Sie Viren frei?		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Wie sind Ihre Leberwerte heute ?						
GOT / ASAT	normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
GPT / ALAT	normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
Gamma-GT	normal	<input type="radio"/>	leicht erhöht	<input type="radio"/>	mehrfach erhöht	<input type="radio"/>
Nehmen Sie heute Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel oder andere freiverkäufliche Präparate ein?		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Wenn ja, welche und aus welchem Grund?						
Nehmen Sie heute verschreibungspflichtige Medikamente ein?		Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	
Wenn ja, welche und aus welchem Grund?						

Was hat sich in Ihrem Leben seit der Virenfreiheit verändert?											
Ich fühle mich fitter.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich bin nicht mehr so müde.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich treibe jetzt Sport.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich vertrage das Essen besser.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich schlafe besser.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich bin aktiver.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Ich arbeite wieder.	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Eigene Angaben:											
Wie hoch würden Sie heute Ihre Lebensqualität einschätzen?											
Bitte kreuzen Sie Ihren Wert hier an:	1 ist gering - 10 ist hoch	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen festgestellt worden, die im Zusammenhang mit der Hepatitis-C stehen könnten? Teilen Sie uns diese mit?											
Autoimmune Erkrankungen: z.B. Schilddrüse?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Erkrankungen des Blutes?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Schleimhauterkrankungen: z.B. Lichen Ruber?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Hauterkrankungen?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Gelenkerkrankungen: z.B. Rheuma?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Herzerkrankungen?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Lungenerkrankungen: z.B. COPD?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Seelische Erkrankungen: z.B. Depressionen?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>							
Eigene Angaben:											

Angaben zu der Nachsorge

Sind Sie noch regelmäßig in der Leberkrebs-Nachsorge (HCC)?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Wenn ja: Welche Untersuchungen werden durchgeführt?				
Wenn nein: Warum wurden keine Untersuchungen durchgeführt?				
Besuchten Sie eine der Gesprächsgruppen vom Berliner Leberring e.V.?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	Fettleber	<input type="radio"/>	Zirrhose	<input type="radio"/>
	Hepatitis C	<input type="radio"/>	Triple	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie oft?	Nur am Anfang der Therapie	<input type="radio"/>	unregelmäßig	<input type="radio"/>
	regelmäßig	<input type="radio"/>	durchgehend	<input type="radio"/>
War der Besuch in einer unserer Gruppen hilfreich für Sie?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, was war für Sie hilfreich?				
Wenn nein, sagen Sie uns bitte warum?				
Hatten Sie vor der Therapie Beratungen bei uns in Anspruch genommen?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie oft?	Anzahl			
Wenn ja, waren Sie mit dem Beratungsgespräch zufrieden und wurden alle Ihre Fragen beantwortet? Wir freuen uns auf Ihre Antworten.				
Bitte kreuzen Sie an:	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	
Erreichbarkeit				
Freundlichkeit				
Kompetenz				
Wartezeit auf einen Termin				

Bitte kreuzen Sie an:	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden
Ich war mit dem Infomaterial...			
Eigene Angaben:			
Wenn nein, was hat Ihnen an der Beratung gefehlt?			

Zu guter Letzt

Möchten Sie über das Ergebnis der Umfrage informiert werden?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Name, Vorname:				
Anschrift:				
E-Mail:				

Zusatzplatz für weitere persönliche Ergänzungen des Fragebogens

Wir wünschen Ihnen alles Gute und sagen: "Vielen Dank!"

Kontaktdaten

Berliner Leberring e.V.

Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene

c/o Charité Campus Benjamin Franklin,

Haus III, 1. OG rechts

Hindenburgdamm 30,

12203 Berlin-Steglitz,

Sprechzeiten:

Di. und Do. von 13.00 - 17.00 Uhr

Telefon: 030 - 8322 6775

Telefax: 030 - 7492 4407

[E-Mail: kontakt@berliner-leberring.de](mailto:kontakt@berliner-leberring.de)

[Web: www.berliner-leberring.de](http://www.berliner-leberring.de)

Wir möchten uns bei der AOK Nord/Ost für die Projektförderung recht herzlich bedanken.

Unser Dank gilt auch Herrn Franz Pruckner

Grafische Werkstatt

Detmolder Str. 13 in 10715 Berlin

