

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

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.

