

Assessment: Gemeinsame Einschätzung

Name des Patienten, der Patientin: _____

Name des Mitarbeiters, der Mitarbeiterin: _____

Datum: _____

Die folgenden Fragen dienen als Vorlage für die Einschätzung des Patienten bezüglich seiner Meinung zu und Erfahrung mit medikamentöser Behandlung. Es ist wichtig hierbei die Zusammenarbeit mit dem Patienten zu betonen und zu fördern. Ziel ist nicht, den Patienten zu überreden seine Medikamente einzunehmen, wenn er Bedenken hat.

Praktische Umsetzung (Verordnung, Beschaffung, Einnahme)

Welche verschreibungspflichtigen Medikamente müssen Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt einnehmen?

Name des Medikamentes	Dosierung	Seit wann?

Was ist Ihre Meinung zu diesen Medikamenten?

Wer verschreibt Ihnen die Medikamente (Hausarzt, Psychiater)?

Was hat Ihnen der Arzt zu diesen Medikamenten gesagt?

Wer **beschafft** ihnen die Medikamente (Familie, Pflegedienst, Freunde, Selbst)?

Gibt es Probleme bei der Beschaffung der Medikamente? (z.B. lange Fahrtzeiten; Kosten; Rezepterstellung; Apotheke?)

Einnahme der Medikamente:

Aus unterschiedlichen Gründen denken Menschen manchmal nicht an die Medikamenteneinnahme. Was hilft Ihnen persönlich, sich an die Einnahme zu erinnern?

<input type="checkbox"/>	Ein Kalendereintrag
<input type="checkbox"/>	Erinnerung durch Familienmitglied oder Bekannte
<input type="checkbox"/>	Medikamentendosett
<input type="checkbox"/>	Erinnerungszettel
<input type="checkbox"/>	Einnahme mit den Mahlzeiten
<input type="checkbox"/>	Einnahme mit Tagesroutine verbunden (z.B. beim Aufstehen morgens)
<input type="checkbox"/>	Andere

Wie oft in der Woche vergessen Sie Ihre Medikamente einzunehmen?

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Haben sie Probleme beim Schlucken der Medikamente?

Ja Nein Nicht zutreffend

Haben Sie Probleme mehrere Tabletten zur gleichen Zeit einzunehmen?

Ja Nein Nicht zutreffend

Kennen sie die verschiedenen Darreichungsformen (Tabletten, Tropfen, Spritze) Ihrer Medikamente?

Ja Nein Nicht zutreffend

Haben Sie Probleme beim Öffnen der Verpackung (Kindersicherung usw.)?

Ja Nein Nicht zutreffend

Was tun Sie darüber hinaus, um mit den Symptomen Ihrer Erkrankung umzugehen?

<input type="checkbox"/>	pflanzliche oder homöopathische Mittel
<input type="checkbox"/>	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (Apotheke, Reformhaus)
<input type="checkbox"/>	im Internet bestellte Medikamente
<input type="checkbox"/>	Alkohol trinken
<input type="checkbox"/>	Reden mit Freunden oder Familie
<input type="checkbox"/>	Cannabis rauchen
<input type="checkbox"/>	Sport treiben
<input type="checkbox"/>	Gesunde Ernährung

Welche anderen Bewältigungsstrategien kennen und nutzen Sie darüber hinaus?

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Nebenwirkungen)

Wurden Sie zu den Nebenwirkungen ihrer Medikamente aufgeklärt?

Ja

Nein

Welche Informationen zu den Nebenwirkungen möchten Sie noch bekommen?

Welche aktuellen Nebenwirkungen spüren Sie durch die Medikamente? Und wie schätzen Sie die Beeinträchtigung durch die Nebenwirkungen auf einer Skala von 1-10 ein?

Nebenwirkung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Können diese Nebenwirkungen dazu führen, dass Sie Medikamente absetzen?

Ja

Nein

Nicht zutreffend

Welche Strategien wenden sie an, um mit diesen Nebenwirkungen besser umgehen zu können?

Welchen Nutzen erfahren Sie durch die Medikamente?

Bedeutung und Wichtigkeit

Wie wichtig ist die Einnahme von Medikamenten für Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
← Nicht wichtig					Sehr wichtig →				

Warum wählen Sie gerade diesen Punkt auf der Skala?

Was müsste passieren, damit es für Sie wichtiger wird, ihre Medikamente einzunehmen?

Zuversicht und Selbstvertrauen

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihre Medikamente so einnehmen können, wie sie Ihnen verschrieben wurden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
← Nicht zuversichtlich					Sehr zuversichtlich →				

Warum wählen Sie gerade diesen Punkt auf der Skala?

Was würde Sie im Hinblick auf die die Einnahme von Medikamenten zuversichtlicher machen?

Zufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Medikation?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
← Nicht zufrieden					Sehr zufrieden →				

Warum wählen Sie gerade diesen Punkt auf der Skala?

Was müsste sich ändern, damit Sie in Hinblick auf die Medikamenteneinnahme zufriedener wären?

Einstellungen und Bedenken zu Medikamenten

Im Folgenden sind Meinungen und Kommentare aufgeführt, die häufig von Menschen über Medikamente gemacht wurden. Stimmen Sie damit überein oder widersprechen Sie?

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Bin unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich habe Vertrauen in die Person, die mir meine Medikamente verschreibt.					
Familie und Freunde sind der Meinung dass ich Medikamente brauche.					
Wenn ich die Medikamente absetze, wird meine Krankheit schlimmer.					
Ich glaube, meine Krankheit wird von selbst wieder verschwinden.					
Durch die Medikamente werde ich Anforderungen in Zukunft besser gewachsen sein.					
Meine Krankheit wird durch die Medikamente positiv beeinflusst.					
Ich glaube, dass ich Medikamente brauche.					
Ich werde auch mit Nebenwirkungen die Medikamente weiterhin einnehmen.					
Medikamenteneinnahme ist ein Zeichen von Schwäche.					
Ich habe selbst entschieden, Medikamente einzunehmen.					
Medikamente einzunehmen ist unnatürlich.					
Die positiven Effekte der Medikamente lassen mit der Zeit nach.					
Ich mache mir Sorgen, dass die Medikamente abhängig machen.					
Durch die Medikamente kann ich meine Krankheit kontrollieren.					
Ich habe eine chronische Erkrankung.					

Weitere Gedanken oder Bedenken zu ihren Medikamenten?:

Zusammenfassend: Was würden Sie sagen, was läuft aus Ihrer Sicht gut, in Bezug auf Ihre medikamentöse Behandlung?

Welche der besprochenen Probleme sollten wir noch einmal gemeinsam aufgreifen?

Zusammenfassung des heutigen Gespräches**Praktische Probleme:**

Mit der Verordnung:

Beim Besorgen:

Mit der Einnahme:

Nebenwirkungen:

Bedeutung / Wichtigkeit:

Zuversicht / Selbstvertrauen:

Zufriedenheit:

Einstellungen und Überzeugungen:

Was funktioniert gut in Bezug auf Ihre medikamentöse Behandlung?

Themen für die Zukunft?

Therapeut/in.....

Patient/in.....Datum.....

Bitte eine Kopie an den Patienten aushändigen!