

Aktuelle medikamentöse Schmerztherapie

In dieser Umfrage sind 47 Fragen enthalten.

Aktuelle medikamentöse Schmerztherapie

Bitte geben Sie das erste Medikament ein, das Sie aktuell zur Behandlung Ihrer Schmerzen einnehmen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sobald Sie 5 Zeichen (Buchstaben oder Zahlen) eingegeben haben, werden Vorschläge angezeigt. Falls das von Ihnen eingenommene Medikament nicht in den Vorschlägen enthalten ist, geben Sie bitte die genaue und vollständige Bezeichnung und Wirkstoffstärke ein (z.B. *Ibuprofen 400mg Lichtenstein*).

Wie ist die Einnahme- oder Anwendungsform von *[Name Medikament]*?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- oral
- lokal auf Haut
- intranasal
- inhalativ
- intravenös
- subkutan
- intramuskulär
- intrathekal
- andere

Handelt es sich bei der Einnahme von *[Name Medikament]* zur Behandlung Ihrer Schmerzen um eine Dauer-, Bedarfs-, oder Dauer und Bedarfstherapie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Dauertherapie
- Bedarfstherapie
- Dauer- und Bedarfstherapie

Wann nehmen Sie *[Name Medikament]* als Dauertherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen üblicherweise ein?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen:

- morgens
- vormittags
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- anders

Wie hoch ist die Dosis von *[Name Medikament]*, als Dauertherapie oder Bedarfstherapie pro Einnahmezeitpunkt?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Dauertherapie.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

z.B. 400mg oder 2x200mg

Seit wann nehmen Sie *[Name Medikament]* in der von Ihnen angegebenen Häufigkeit und Dosis als Bedarfstherapie bzw. Dauertherapie ein?

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie Monat und Jahr an.

z.B. April 2024

Wie häufig nehmen Sie *[Name Medikament]* als Bedarfstherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen aktuell ein?

Beantworten Sie diese Frage **nur** bei Bedarfstherapie

Bitte wählen Sie **nur eine** der folgenden Antworten aus:

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener als 1x pro Monat

Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von *[Name Medikament]* in Schulnoten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

| | (sehr gut) | | | (ungenügend) | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wirksamkeit | <input type="radio"/> |
| Verträglichkeit | <input type="radio"/> |

Möchten Sie ein weiteres Medikament eingeben, welches Sie aktuell zur Schmerztherapie einnehmen?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie das zweite Medikament ein, das Sie aktuell zur Behandlung Ihrer Schmerzen einnehmen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sobald Sie 5 Zeichen (Buchstaben oder Zahlen) eingegeben haben, werden Vorschläge angezeigt. Falls das von Ihnen eingenommene Medikament nicht in den Vorschlägen enthalten ist, geben Sie bitte die genaue und vollständige Bezeichnung und Wirkstoffstärke ein (z.B. *Ibuflam 400mg Lichtenstein*).

Wie ist die Einnahme- oder Anwendungsform von *[Name Medikament]*?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- oral
- lokal auf Haut
- intranasal
- inhalativ
- intravenös
- subkutan
- intramuskulär
- intrathekal
- andere

Handelt es sich bei der Einnahme von *[Name Medikament]* zur Behandlung Ihrer Schmerzen um eine Dauer-, Bedarfs-, oder Dauer und Bedarfstherapie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Dauertherapie
- Bedarfstherapie
- Dauer- und Bedarfstherapie

Wann nehmen Sie *[Name Medikament]* als Dauertherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen üblicherweise ein?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen:

- morgens
- vormittags
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- anders

Wie hoch ist die Dosis von *[Name Medikament]*, als Dauertherapie oder Bedarfstherapie pro Einnahmezeitpunkt?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Dauertherapie.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

z.B. 400mg oder 2x200mg

Seit wann nehmen Sie *[Name Medikament]* in der von Ihnen angegebenen Häufigkeit und Dosis als Bedarfstherapie bzw. Dauertherapie ein?

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie Monat und Jahr an.

z.B. April 2024

Wie häufig nehmen Sie *[Name Medikament]* als Bedarfstherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen aktuell ein?

Beantworten Sie diese Frage *nur* bei Bedarfstherapie

Bitte wählen Sie *nur eine* der folgenden Antworten aus:

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener als 1x pro Monat

Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von
[Name Medikament] in Schulnoten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

| | (sehr gut) | | | (ungenügend) | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wirksamkeit | <input type="radio"/> |
| Verträglichkeit | <input type="radio"/> |

Möchten Sie ein weiteres Medikament eingeben, welches Sie
aktuell zur Schmerztherapie einnehmen?

- Ja
 Nein

Bitte geben Sie das dritte Medikament ein, das Sie aktuell zur Behandlung Ihrer Schmerzen einnehmen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sobald Sie 5 Zeichen (Buchstaben oder Zahlen) eingegeben haben, werden Vorschläge angezeigt. Falls das von Ihnen eingenommene Medikament nicht in den Vorschlägen enthalten ist, geben Sie bitte die genaue und vollständige Bezeichnung und Wirkstoffstärke ein (z.B. *Ibuflam 400mg Lichtenstein*).

Wie ist die Einnahme- oder Anwendungsform von *[Name Medikament]*?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- oral
- lokal auf Haut
- intranasal
- inhalativ
- intravenös
- subkutan
- intramuskulär
- intrathekal
- andere

Handelt es sich bei der Einnahme von *[Name Medikament]* zur Behandlung Ihrer Schmerzen um eine Dauer-, Bedarfs-, oder Dauer und Bedarfstherapie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Dauertherapie
- Bedarfstherapie
- Dauer- und Bedarfstherapie

Wann nehmen Sie *[Name Medikament]* als Dauertherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen üblicherweise ein?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen:

- morgens
- vormittags
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- anders

Wie hoch ist die Dosis von *[Name Medikament]*, als Dauertherapie oder Bedarfstherapie pro Einnahmezeitpunkt?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Dauertherapie.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

z.B. 400mg oder 2x200mg

Seit wann nehmen Sie *[Name Medikament]* in der von Ihnen angegebenen Häufigkeit und Dosis als Bedarfstherapie bzw. Dauertherapie ein?

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie Monat und Jahr an.

z.B. April 2024

Wie häufig nehmen Sie *[Name Medikament]* als Bedarfstherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen aktuell ein?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Bedarfstherapie

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener als 1x pro Monat

Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von *[Name Medikament]* in Schulnoten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

| | (sehr gut) | | | (ungenügend) | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wirksamkeit | <input type="radio"/> |
| Verträglichkeit | <input type="radio"/> |

Möchten Sie ein weiteres Medikament eingeben, welches Sie aktuell zur Schmerztherapie einnehmen?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie das vierte Medikament ein, das Sie aktuell zur Behandlung Ihrer Schmerzen einnehmen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sobald Sie 5 Zeichen (Buchstaben oder Zahlen) eingegeben haben, werden Vorschläge angezeigt. Falls das von Ihnen eingenommene Medikament nicht in den Vorschlägen enthalten ist, geben Sie bitte die genaue und vollständige Bezeichnung und Wirkstoffstärke ein (z.B. *Ibuflam 400mg Lichtenstein*).

Wie ist die Einnahme- oder Anwendungsform von *[Name Medikament]*?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- oral
- lokal auf Haut
- intranasal
- inhalativ
- intravenös
- subkutan
- intramuskulär
- intrathekal
- andere

Handelt es sich bei der Einnahme von *[Name Medikament]* zur Behandlung Ihrer Schmerzen um eine Dauer-, Bedarfs-, oder Dauer und Bedarfstherapie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Dauertherapie
- Bedarfstherapie
- Dauer- und Bedarfstherapie

Wann nehmen Sie *[Name Medikament]* als Dauertherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen üblicherweise ein?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen:

- morgens
- vormittags
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- anders

Wie hoch ist die Dosis von *[Name Medikament]*, als Dauertherapie oder Bedarfstherapie pro Einnahmezeitpunkt?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Dauertherapie.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

z.B. 400mg oder 2x200mg

Seit wann nehmen Sie *[Name Medikament]* in der von Ihnen angegebenen Häufigkeit und Dosis als Bedarfstherapie bzw. Dauertherapie ein?

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie Monat und Jahr an.

z.B. April 2024

Wie häufig nehmen Sie *[Name Medikament]* als Bedarfstherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen aktuell ein?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Bedarfstherapie

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener als 1x pro Monat

Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von *[Name Medikament]* in Schulnoten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

| | (sehr gut) | | | (ungenügend) | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wirksamkeit | <input type="radio"/> |
| Verträglichkeit | <input type="radio"/> |

Möchten Sie ein weiteres Medikament eingeben, welches Sie aktuell zur Schmerztherapie einnehmen?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie das fünfte Medikament ein, das Sie aktuell zur Behandlung Ihrer Schmerzen einnehmen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sobald Sie 5 Zeichen (Buchstaben oder Zahlen) eingegeben haben, werden Vorschläge angezeigt. Falls das von Ihnen eingenommene Medikament nicht in den Vorschlägen enthalten ist, geben Sie bitte die genaue und vollständige Bezeichnung und Wirkstoffstärke ein (z.B. *Ibuflam 400mg Lichtenstein*).

Wie ist die Einnahme- oder Anwendungsform von *[Name Medikament]*?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- oral
- lokal auf Haut
- intranasal
- inhalativ
- intravenös
- subkutan
- intramuskulär
- intrathekal
- andere

Handelt es sich bei der Einnahme von *[Name Medikament]* zur Behandlung Ihrer Schmerzen um eine Dauer-, Bedarfs-, oder Dauer und Bedarfstherapie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Dauertherapie
- Bedarfstherapie
- Dauer- und Bedarfstherapie

Wann nehmen Sie *[Name Medikament]* als Dauertherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen üblicherweise ein?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen:

- morgens
- vormittags
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- anders

Wie hoch ist die Dosis von *[Name Medikament]*, als Dauertherapie oder Bedarfstherapie pro Einnahmezeitpunkt?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Dauertherapie.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

z.B. 400mg oder 2x200mg

Seit wann nehmen Sie *[Name Medikament]* in der von Ihnen angegebenen Häufigkeit und Dosis als Bedarfstherapie bzw. Dauertherapie ein?

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie Monat und Jahr an.

z.B. April 2024

Wie häufig nehmen Sie *[Name Medikament]* als Bedarfstherapie zur Behandlung Ihrer Schmerzen aktuell ein?

Beantworten Sie diese Frage nur bei Bedarfstherapie

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener als 1x pro Monat

Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von *[Name Medikament]* in Schulnoten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

| | (sehr gut) | | | | (ungenügend) | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wirksamkeit | <input type="radio"/> |
| Verträglichkeit | <input type="radio"/> |

Nehmen Sie aktuell weitere Medikamente zur Schmerztherapie ein?

- Ja
 Nein

Wie viele weitere Medikamente nehmen Sie aktuell zur Schmerztherapie ein?

Ihre Antwort muss zwischen 1 und 9 liegen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Medikamente

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte gehen Sie zur nächsten Seite oder schließen Sie das Patienteninterview ab.