



Befragung

von Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation

Wie wird's gemacht?

Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3 5

Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B.:

⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**.

Bei Nachfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „Patientenbefragung QS NET“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

**Dieser Fragebogen ist an erwachsene Patientinnen und Patienten gerichtet, die eine Nierentransplantation oder Pankreas-Nierentransplantation erhalten haben.
Falls Sie bisher bereits mehrere Organtransplantationen erhalten haben, beziehen sich die Fragen im Fragebogen immer auf Ihre letzte Transplantation.**

Bei Fragen, die sich auf Ihr Transplantationszentrum beziehen, ist immer jene medizinische Einrichtung gemeint, die in dem beiliegenden Anschreiben genannt ist.

Ihre Nierentransplantation

1) Wie oft wurde bei Ihnen bisher eine Nierentransplantation durchgeführt?

Bei mir wurde bisher ____ Mal eine Nierentransplantation durchgeführt.

2) Wurde Ihre letzte Nierentransplantation gemeinsam mit der Transplantation eines weiteren Organs durchgeführt?

Nein, es wurde außer der Niere kein weiteres Organ transplantiert

Ja, gemeinsam mit dem Pankreas bzw. der Bauchspeicheldrüse

Ja, gemeinsam mit einem anderen Organ

3) Wann hat Ihre letzte Nierentransplantation stattgefunden.
Geben Sie bitte nur Monat und Jahr an.

____ / _____
Monat Jahr

4) Wie viele Wochen sind Sie nach Ihrer letzten Nierentransplantation im Krankenhaus gewesen, bis Sie aus dem stationären Aufenthalt entlassen wurden?

Bis zu 2 Wochen

Länger als 2 Wochen, bis zu 3 Wochen

Länger als 3 Wochen, bis zu 4 Wochen

Länger als 4 Wochen, bis zu 5 Wochen

Länger als 5 Wochen, bis zu 6 Wochen

Länger als 6 Wochen

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal im Transplantationszentrum

- 5) Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit dem Pflegepersonal, das Sie nach Ihrer letzten Nierentransplantation im Transplantationszentrum betreut hat (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger).

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
Hatten Sie die Möglichkeit, jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie ein Anliegen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat das Pflegepersonal bei Gesprächen über sensible Themen auf den Schutz Ihrer Privatsphäre geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnten Sie in Gesprächen mit dem Pflegepersonal über Ängste und Sorgen sprechen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6) Wie häufig kam es vor, dass Sie sich mit dem Pflegepersonal im Transplantationszentrum wegen sprachlicher Schwierigkeiten nicht verständigen konnten?

Oft	Gelegentlich	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten im Transplantationszentrum

- 7) Es geht im Folgenden um Ihre bisherigen Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten, die Sie nach Ihrer Transplantation im Transplantationszentrum behandelt haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
Hatten Sie die Möglichkeit, eine Ärztin oder einen Arzt zu erreichen, wenn Sie ein Anliegen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihre Ärztinnen und Ärzte bei Gesprächen über sensible Themen auf den Schutz Ihrer Privatsphäre geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8) Konnten Sie in Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten im Transplantationszentrum...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
...über Ängste und Sorgen sprechen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Behandlung oder Erkrankung wichtig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9) Wurden die Informationen, die Sie von Ärztinnen oder Ärzten im Transplantationszentrum erhalten haben, verständlich erklärt?

Immer	Meistens	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zu Ihrer Erkrankung

10) Hat eine Ärztin oder ein Arzt im Transplantationszentrum nach Ihrer Transplantation mit Ihnen besprochen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wie Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie gut Ihre Nierenfunktion ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie sich die Funktion Ihrer Niere nach der Transplantation entwickeln kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zu möglichen Komplikationen

11) Hat eine Ärztin oder ein Arzt im Transplantationszentrum mit Ihnen besprochen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wie Sie Anzeichen einer Abstoßungsreaktion der transplantierten Niere erkennen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie Sie Anzeichen weiterer Komplikationen erkennen können (z. B. Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...an wen Sie sich bei dem Verdacht auf Komplikationen (z. B. Abstoßung der transplantierten Niere oder Infektion) wenden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transplantationsnachsorge und weiterführende Untersuchungen

12) Wurden Sie vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt im Transplantationszentrum darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...dass nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt regelmäßige ambulante Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wo die ambulanten Nachsorgeuntersuchungen stattfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...in welchen zeitlichen Abständen die ambulanten Nachsorgeuntersuchungen stattfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Wurden vor Ihrer Entlassung aus dem stationären Aufenthalt konkrete Nachsorge- oder Kontrolltermine im Transplantationszentrum mit Ihnen vereinbart?

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Wurden Sie bisher in Ihrem Transplantationszentrum darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...welche weiterführenden Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen nach der Nierentransplantation notwendig sind (z. B. Krebsvorsorgeuntersuchungen oder Hautarztuntersuchungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ob weitere medizinische Maßnahmen nach der Nierentransplantation für Sie notwendig sind (z. B. Rehabilitation, Impfungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zu Ihren Medikamenten

15) Bitte denken Sie im Folgenden an alle Medikamente, die Sie im Transplantationszentrum verordnet bekommen haben (z. B. Immunsuppressiva, also Medikamente zur Vermeidung einer Organabstoßung, oder andere Medikamente):

Hat eine Ärztin oder ein Arzt im Transplantationszentrum Sie darüber aufgeklärt...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wofür Sie diese Medikamente einnehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie Sie diese Medikamente einnehmen müssen (z. B. zur Mahlzeit oder zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Nebenwirkungen diese Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Folgen es haben kann, wenn Sie diese Medikamente nicht einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Hat eine Ärztin oder ein Arzt im Transplantationszentrum Sie darüber aufgeklärt...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...mit welchen Risiken die Einnahme von Immunsuppressiva verbunden ist (z. B. erhöhtes Infektionsrisiko, erhöhtes Tumorrisiko)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...worauf Sie in Ihrem Alltag aufgrund der Einnahme von Immunsuppressiva achten müssen (z. B. Hygiene, Vermeiden von Situationen mit erhöhtem Infektionsrisiko, Schutz vor direkter Sonneneinstrahlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zu Ihrem Lebensstil

17) Haben Sie in Ihrem Transplantationszentrum ausreichende Informationen erhalten, um in Ihrem Alltag sicher beurteilen zu können...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
...was Sie essen dürfen und was nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Flüssigkeit Sie zu sich nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden Sie im Transplantationszentrum darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	Weiß nicht mehr
...wie Sie Empfehlungen zur Ernährung in Ihrem Alltag umsetzen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie Sie Empfehlungen zu den täglichen Trinkmengen in Ihrem Alltag umsetzen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass sich körperliche Aktivitäten (z.B. Spaziergehen, leichte sportliche Betätigung, Radfahren) positiv auf Ihre Gesundheit auswirken können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Möglichkeiten Sie haben, in Ihrem Alltag körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterstützung und Hilfsangebote

19) Wenn Sie durch körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Energielosigkeit, Schlafstörungen, Atembeschwerden oder andere Symptome) beeinträchtigt waren: Wurden Sie in Ihrem Transplantationszentrum dabei unterstützt, mit diesen Beschwerden umzugehen?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte keine Unterstützung</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wurden Sie im Transplantationszentrum darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wohin Sie sich wenden können, wenn Sie Beratung zu sozialen Themen benötigen (z. B. zu Krankengeld, Sozialleistungen, Pflegegrad oder berufsbezogenen Themen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wohin Sie sich wenden können, wenn Sie psychologische Unterstützung benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Unterstützungsangebote Sie bei Bedarf in Anspruch nehmen können (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Wohlbefinden

21) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie aufgrund Ihrer Behandlung oder Erkrankung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
...verunsichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...besorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie aufgrund Ihrer Behandlung oder Erkrankung in den folgenden Lebensbereichen beeinträchtigt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
Freizeitaktivitäten und Hobbies (z. B. ins Kino gehen, Ausflüge unternehmen, Sport, Spaziergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten mit Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erledigung von alltäglichen Aufgaben (z. B. Einkaufen, Hausarbeit, Gartenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
Erschöpfung, Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen (z. B. Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen oder Schmerzen im Brustkorb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden (z. B. Kurzatmigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen in der Sexualität (z. B. Libidoverlust, Erektionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen (z. B. trockene Haut oder Ausschlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Magendruck, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene oder wunde Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veränderungen Ihres Wohlbefindens

24) Im Vergleich zu der Zeit kurz vor Ihrer Nierentransplantation: Wie sehr hat sich Ihr Wohlbefinden in den folgenden Bereichen bisher insgesamt verändert?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Viel schlechter geworden	Eher schlechter geworden	In etwa gleich geblieben	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
Körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Energielosigkeit, Schlafstörungen, Atembeschwerden oder andere Symptome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen (z. B. Alltagsaufgaben, Familienleben, Freizeitaktivitäten, Aktivitäten mit Freunden oder Bekannten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste und Sorgen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit vor Ihrer letzten Nierentransplantation. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen nur an diesen Zeitraum.

25) Hat eine Ärztin oder ein Arzt vor Ihrer Transplantation mit Ihnen besprochen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...welche Vorteile eine Nierentransplantation gegenüber der Behandlung mit Dialyse <u>für Ihren Alltag</u> haben kann, z. B. erhöhte Unabhängigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Vorteile eine Lebendspende (Organspende einer lebenden Person) gegenüber einer postmortalen Spende (Organspende einer verstorbenen Person) haben kann, z. B. kurze Wartezeiten und Planbarkeit der Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Hat eine Ärztin oder ein Arzt vor Ihrer Transplantation mit Ihnen besprochen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...welche Operationsrisiken bei einer Nierentransplantation bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Komplikationen nach einer Nierentransplantation auftreten können (z. B. Abstoßung der Niere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie nach der Nierentransplantation lebenslang Immunsuppressiva (Medikamente zur Vermeidung einer Organabstoßung) einnehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Auswirkungen die Einnahme von Immunsuppressiva auf Ihren Alltag haben kann (z. B. die Vermeidung von Menschenmengen wegen der Ansteckungsgefahr oder die Vermeidung von direkter Sonneneinstrahlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass die Nierentransplantation zu emotionalen Belastungen führen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27) Die Wartezeit auf der Warteliste für eine postmortale Nierentransplantation beginnt immer mit dem ersten Tag der Dialysebehandlung. Das gilt auch dann, wenn Sie erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Warteliste aufgenommen werden oder wenn Sie zwischenzeitlich wieder von der Warteliste gestrichen werden.

Wurden Sie vor Ihrer Transplantation darüber informiert?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

28) Haben Sie bei Ihrer letzten Nierentransplantation eine Organspende einer verstorbenen Person (postmortale Transplantation) oder eine Organspende einer lebenden Person (Lebendspende) erhalten?

Organspende einer verstorbenen Person ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Organspende einer lebenden Person ⇒ **Bitte weiter mit Frage 29**

29) Hat eine Ärztin oder ein Arzt vor Ihrer Transplantation mit Ihnen besprochen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...welche möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen für die Spenderin bzw. den Spender bei einer Lebendspende bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass eine Lebendspende die Beziehung zu der Spenderin bzw. dem Spender verändern kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30) Hat eine Ärztin oder ein Arzt vor Ihrer Transplantation mit Ihnen gemeinsam die Vor- und Nachteile einer Nierentransplantation für Ihre persönliche Lebenssituation gegeneinander abgewogen (z. B. für Ihre familiäre oder berufliche Situation, für Ihre Wohnsituation, oder für Ihre Alltags- und Freizeitaktivitäten)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

31) Hat eine Ärztin oder ein Arzt vor Ihrer Transplantation mit Ihnen besprochen, welche Form der Organspende (Lebendspende oder Organspende einer verstorbenen Person) Sie sich vorstellen können?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

32) Wurden Sie vor Ihrer Transplantation in Gesprächen zur Entscheidung für oder gegen eine Nierentransplantation von Ihren Ärztinnen und Ärzten im Transplantationszentrum so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

33) Hatten Sie vor Ihrer Transplantation die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu ärztlichen Gesprächen im Transplantationszentrum mitzubringen?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

Fragen zu weiteren Erkrankungen

34) Hat jemals eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein
Diabetes oder hoher Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindegewebserkrankung (Kollagenosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung (z. B. Arthritis oder Arthrose der Gelenke oder der Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

35) Wann sind Sie geboren?

Geben Sie bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt an.

___ / ___
Monat Jahr

36) Wie groß sind Sie?

___ Zentimeter

37) Wie viel wiegen Sie?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

___ Kilogramm

38) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

39) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend

Alleinstehend, geschieden, oder in Trennung

Verwitwet

40) Wie viele Personen, einschließlich Sie selbst, leben in Ihrem Haushalt?

___ Personen

41) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 43**

Nein, ich habe eine andere Muttersprache ⇒ **Bitte weiter mit Frage 42**

42) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

43) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Noch Schüler/in und besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule

Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse

Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

Fachhochschulreife

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

Sonstiges

44) Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)

Keinen beruflichen Abschluss und nicht in beruflicher Ausbildung

Abgeschlossene Lehre bzw. Berufsausbildung

Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss

Fachhochschulabschluss

Hochschulabschluss

Sonstiges

45) Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?

- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (mindestens 15 bis 34 Stunden) .
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau/-mann
- In Ausbildung, Umschulung
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
- Nicht erwerbstätig

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!