

Untersuchungstermin □□/□□□□/□□□□ (TT/Mon/JJJJ)	Studienproband ID 1701-□□□□□□-□□	Patienteninitialen □□□□ Z. B. <u>Smith</u> John SMJO	 SMART-C
FRAGEBOGEN ZUR PROBANDENZUFRIEDENHEIT - SVR12 (Woche 20)			

HINWEISE

Für die folgenden Fragen bitte die entsprechenden Kästchen ankreuzen.

1. Klinische Untersuchungen

Ihre Teilnahme am Hepatitis-C-Behandlungsprogramm ist nun abgeschlossen. Welche der folgenden klinischen Untersuchungen sind im Rahmen der Behandlung Ihrer Meinung nach erforderlich?

Kreuzen Sie alles Zutreffende an:

Woche 4	Woche 8 (EOT - Ende der Behandlung)	Woche 20 (SVR12 - 12 Wochen nach der Behandlung)	Weitere Behandlungen in anderen Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Medizinische Termine

- a. Haben Sie seit dem Beginn der Behandlung einen Arzt (außer den Prüfarzten) für eine medizinische Versorgung aufgesucht?

**Nur 1
Antwort
wählen**

- Ja
 Nein (weiter mit Abschnitt 3, Patientenpräferenzen)

- b. Weshalb und wie oft haben Sie den Arzt aufgesucht?

Grund	Wenn ja, ankreuzen	Wie oft
Nebenwirkungen der Behandlung	<input type="checkbox"/>	
Psychische Gesundheit	<input type="checkbox"/>	
Bestehende Krankheiten (z. B. HIV, Diabetes)	<input type="checkbox"/>	
Neue Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	

Untersuchungstermin <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TT/Mon/JJJJ)	Studienproband ID 1701- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Patienteninitialen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Z. B. <u>Smith</u> John SMJO	
FRAGEBOGEN ZUR PROBANDENZUFRIEDENHEIT - SVR12 (Woche 20)			

3. Patientenpräferenzen

Ihre Behandlung ist nun abgeschlossen. Bitte teilen Sie uns mit, was sich ändern sollte, wenn Sie noch einmal an der Behandlung teilnehmen müssten. Bewerten Sie die folgenden Aussagen, indem Sie 1 Kästchen pro Zeile ankreuzen.

Aussage	1 Stimme überhaupt nicht zu	2 Stimme nicht zu	3 Keine eindeutige Meinung	4 Stimme zu	5 Stimme voll und ganz zu
Sie erwarten, im Rahmen der klinischen Behandlung von einem Arzt untersucht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie erwarten, im Rahmen der klinischen Behandlung von einem Pfleger untersucht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonkontakte im Rahmen der Behandlung sind genauso gut wie klinische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Ablauf der Nachbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>