



Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilnehmen!

Hier noch einige wichtige Informationen:

Die Daten/Krankheitsdaten werden anonymisiert, das heißt ohne Namensnennung und mögliche Rückverfolgbarkeit aufgezeichnet. Lediglich das Eingabezentrum (Apotheke/Arztpraxis) bzw. die für die Dateneingabe verantwortliche Person erhält eine Identifikationsnummer. Nach Beendigung der Befragung werden alle Daten nach den derzeit gültigen Richtlinien entsprechend gespeichert und archiviert. Die Teilnahme an dem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Wichtig: Die Anwendung der Produkte darf nicht länger als 8 Wochen zurückliegen!

Ort der Befragung? (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	Apotheke
<input type="radio"/>	Arztpraxis / medizinische Einrichtung
<input type="radio"/>	Sonstiger, bitte benennen Sie diesen: _____

Beschwerden / Erkrankung

1. Bitte beschreiben Sie hier die Indikation für die Anwendung der pflanzlichen Produkte:

2. Bitte kreuzen Sie hier die entsprechenden Krankheitssymptome an:

(Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Erkältung / Grippebeschwerden / Fieber	<input type="checkbox"/>	Schwindel / Ohrgeräusche / Ohrenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Rezidivierende Infekte	<input type="checkbox"/>	Magen- oder Gallenbeschwerden
<input type="checkbox"/>	Muskel- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen / Verdauungsstörung
<input type="checkbox"/>	Beinschwellung / Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Monats- oder Wechseljahrsbeschwerden
<input type="checkbox"/>	Herzschwäche / Kreislaufstörung	<input type="checkbox"/>	Blasenstörung / Harndrang
<input type="checkbox"/>	Vergesslichkeit / Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Prostatabeschwerden
<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit / Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte benennen Sie diese: _____
<input type="checkbox"/>	Stoffwechselstörung		

3. Die anschließende Behandlung erfolgte aufgrund...

<input type="radio"/>	akuter Beschwerden.	<input type="radio"/>	eines chronischen Leiden.	<input type="radio"/>	präventiver Maßnahmen.
-----------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

4. Wie beurteilt der Patient den Schweregrad seiner Erkrankung:

Die Skala geht von 0 = keine Beschwerden bis 5 = stärkste vorstellbare Krankheitserscheinung

<input type="radio"/>	0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---



Produktinformationen

5. Name des pflanzlichen Produktes

Produktname: _____

6. Darreichungsform: (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	Creme	<input type="radio"/>	Sirup
<input type="radio"/>	Dragee	<input type="radio"/>	Spray
<input type="radio"/>	Flüssigkeit	<input type="radio"/>	Tablette
<input type="radio"/>	Globuli	<input type="radio"/>	Tee
<input type="radio"/>	Inhalation	<input type="radio"/>	Tropfen
<input type="radio"/>	Kapsel	<input type="radio"/>	Zäpfchen
<input type="radio"/>	Pastillen	<input type="radio"/>	Sonstige
<input type="radio"/>	Salbe		

7. Wie lange vor der Anwendung des Produktes hatte der Patient die Beschwerden?

_____ (Angabe in Tagen) oder Längerer undefinierbarer Zeitraum

8. Dosierung:

_____ (Bspl.: Tabletten "2 x 3" oder "6 x 1", Tropfen "1 x 30" etc.)

9. Häufigkeit der Anwendung: (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	täglich
<input type="radio"/>	bei Bedarf

10. Dauer der Anwendung:

_____ (Angabe in Tagen) oder Längerer undefinierbarer Zeitraum

11. Wann trat nach Meinung des Patienten die Wirkung des Produktes ein: (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	nach wenigen Minuten
<input type="radio"/>	nach wenigen Stunden
<input type="radio"/>	> 1 Tag
<input type="radio"/>	> 1 Woche
<input type="radio"/>	<i>Nicht beurteilbar</i>

12. Wie bewertet der Patient die *therapeutische Wirkung / Nebenwirkung (NW)* durch das Produkt? (nur ein Kreuz)

	Keine NW	Keine wesentliche Beeinträchtigung durch NW	Deutliche Beeinträchtigung durch NW	NW überwiegen den therapeutischen Effekt
Therapeutischer Effekt				
Sehr gut – ausgeprägt Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mäßig – deutlich Teilweise Remission der Symptome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minimal – leicht Behandlungsstatus des Patienten bleibt gleich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zustand unverändert oder schlechter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



13. Traten bei der Anwendung möglicherweise Nebenwirkungen auf, die den Besuch eines Arztes / einer Ärztin erforderten? (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Ja

13a. Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese (sonst weiter mit Frage 14):

13b. Wie lange nach der Anwendung traten diese auf? -----

13c. Wie lange haben diese angehalten? -----

13d. Diagnose / Einschätzung des Arztes / der Ärztin zu dieser Nebenwirkung?

14. Das Produkt wurde empfohlen / verschrieben durch:

(Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Apotheker / Apothekerin	<input type="checkbox"/>	Bücher
<input type="checkbox"/>	Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	andere Heilberufe	<input type="checkbox"/>	Werbung
<input type="checkbox"/>	Familie / Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	Zeitschriften
<input type="checkbox"/>	Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte benennen Sie diese: _____

15. Einkauf bei / Bezug von:

(Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Apotheke	<input type="checkbox"/>	Reformhaus
<input type="checkbox"/>	Bioladen	<input type="checkbox"/>	Supermarkt
<input type="checkbox"/>	Drogerie	<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte benennen Sie diese: _____
<input type="checkbox"/>	Onlineversand	_____	



Begleitfaktoren / Begleiterkrankungen

16. Liegen weitere Krankheiten vor?

<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Ja

16a. Wenn ja, bitte ankreuzen (sonst weiter mit Frage 17): (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/>	Erkältung / Grippebeschwerden / Fieber	<input type="checkbox"/>	Blasenstörung / Harndrang
<input type="checkbox"/>	Rezidivierende Infekte	<input type="checkbox"/>	Prostatabeschwerden
<input type="checkbox"/>	Muskel- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung
<input type="checkbox"/>	Beinschwellung / Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Übergewicht
<input type="checkbox"/>	Herzschwäche / Kreislaufstörung	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Vergesslichkeit / Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen, auch Infarkt
<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit / Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Hirndurchblutungsstörungen, auch Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Asthma / Heuschnupfen
<input type="checkbox"/>	Schwindel / Ohrgeräusche/ Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	Magen- oder Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen / Verdauungsstörung	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselstörung
<input type="checkbox"/>	Monats- oder Wechseljahrsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte benennen Sie diese: _____		

17. Hat der Patient weitere Arzneimittel in diesem Zeitraum eingenommen?

<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Ja

17a. Wenn ja, welche Arzneimittel (sonst weiter mit Frage 18)?



Basisdaten Patient/in

18. Alter bei Anwendungsbeginn: (nur ein Kreuz)

<input type="radio"/>	0 – 27 Tage	<input type="radio"/>	18 – 30 Jahre
<input type="radio"/>	28 Tage – 23 Monate	<input type="radio"/>	31 – 50 Jahre
<input type="radio"/>	2 – 5 Jahre	<input type="radio"/>	51 – 65 Jahre
<input type="radio"/>	6 – 11 Jahre	<input type="radio"/>	66 – 75 Jahre
<input type="radio"/>	12 – 17 Jahre	<input type="radio"/>	> 75 Jahre

19. Geschlecht:

<input type="radio"/>	männlich
<input type="radio"/>	weiblich

19a. Wenn weiblich, erfolgte die Anwendung möglicherweise...(sonst weiter mit Frage 20)

...in der Schwangerschaft:	<input type="radio"/> Nein		
	<input type="radio"/> Ja, wann?		von/in Woche
			bis Woche
...in der Stillzeit:	<input type="radio"/> Nein		
	<input type="radio"/> Ja, wann?		von/in Monat
			bis Monat

20. Kommentar zum Fall:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben!