

Fragebogen für Patienten, die Insulin spritzen

Codierung:

Wird vom
Zentrum
eingetragen

/

/

Ländervorwahl

Zentrumsnummer

Patientennummer
(Reihenfolge 1-25)

Die Teilnahme an dieser Aktion ist freiwillig und anonym. Wenn Sie sich entschließen, nicht teilzunehmen, wird das Ihre Therapie in keiner Weise beeinflussen. Alle Personen, die bereits länger als 6 Monate Insulin injizieren, sind eingeladen an der Studie teilzunehmen.

Ihre Informationen werden verwendet, um die Schulung und das Training für die Injektion von Insulin zu verbessern.

1. Geschlecht? Weiblich Männlich

2. Alter? _____ Jahre

3. Gewicht? _____ kg

4. Größe? _____ cm

5. Was trifft für Sie zu?
 Erwachsener, der selber Insulin spritzt (18 Jahre und älter)
 Jugendlicher, der selber Insulin spritzt (13-17 Jahre alt)
 Kind, das sich selber spritzt (jünger als 13 Jahre)
 Eltern, die ihrem Kind die Injektion verabreichen

6. Wie lange haben Sie schon Diabetes?
 Länger als 6 Monate aber kürzer als 1 Jahr: _____ Monate(!)
 1 Jahr und länger: _____ Jahre(!)

7. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Diabetesdiagnose? _____ Jahre

8. Wie wird Ihr Diabetes zur Zeit behandelt (und seit wann)? (Mehrfachnennungen möglich)
 Tabletten (_____Jahre oder _____Monate)
 Insulin (_____Jahre oder _____Monate)
 GLP-1 (z. B. Byetta[®], Victoza[®] oder Lyxumia[®]) (_____Jahre oder _____Monate)

9. Welches Hilfsmittel verwenden Sie normalerweise für die Insulinverabreichung? (Mehrfachnennungen möglich)
 Spritze
 Pen
 Insulinpumpe

10. Welche Nadellänge verwenden Sie zur Zeit? (Mehrfachnennungen möglich)

- 12.7 mm
- 12 mm
- 10 mm
- 8 mm
- 6 mm
- 5 mm
- 4.5 mm
- 4mm
- Weiß nicht

11. Wurde Ihre Nadellänge seit Sie Insulin spritzen schon einmal umgestellt?

- Ja
- Nein

12. Falls ja, wissen Sie weshalb die Nadellänge geändert wurde?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Um die Injektion komfortabler zu machen
- Um das Risiko von Injektionen in den Muskel zu verringern
- Um das Risiko von Unterzuckerungen (Hypoglykämien) zu verringern
- Weiß nicht

13. Welchen Injektionsbereich verwenden Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- Bauch
- Oberschenkel
- Gesäß
- Oberarm

14. Wenn Sie mehr als einen Bereich verwenden, sortieren Sie sie nach Häufigkeit der Injektionen (1 = am häufigsten, 2 = am zweithäufigsten, etc., keine Verwendung = frei lassen)

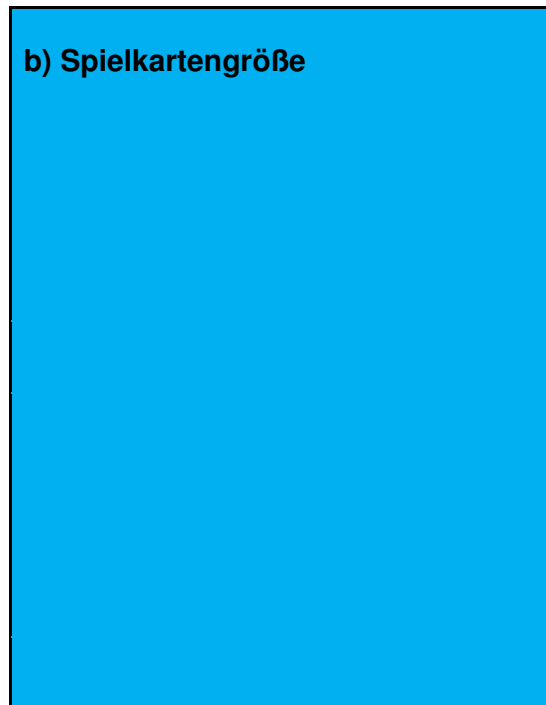
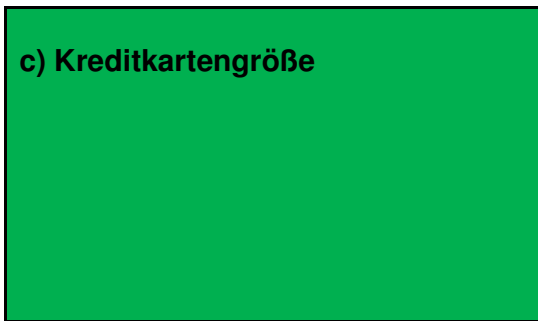
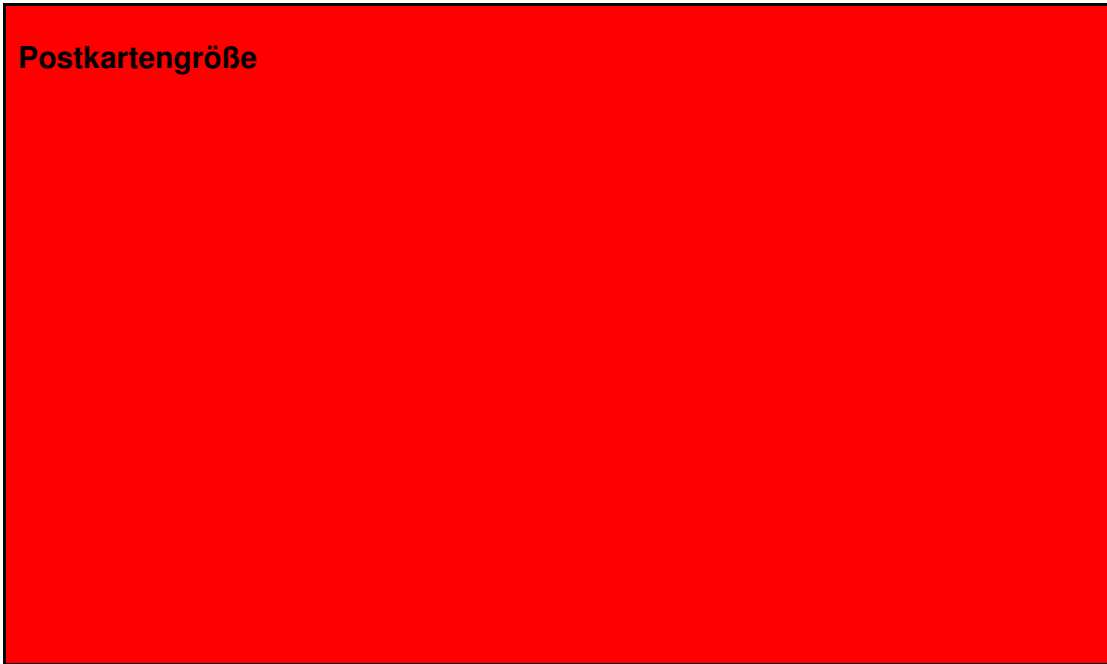
- _____ Bauch
- _____ Oberschenkel
- _____ Gesäß
- _____ Oberarm

15. Wie entscheiden Sie, wo Sie spritzen?

- Ich injiziere zu einer bestimmten Uhrzeit immer in den gleichen Injektionsbereich (z. B. morgens immer in den Bauch)
- Ich spritze einen ganzen Tag immer in den gleichen Injektionsbereich (z. B. immer in den Bauch)
- Ich spritze mehrere Tage immer in den gleichen Injektionsbereich
- Ich wähle den Injektionsbereich anhand meiner geplanten körperlichen Aktivität aus
- Ich wähle die Spritzstelle im Injektionsbereich anhand eines Schemas oder eines Plans aus (z. B. Rotationsschema)
- Ich wechsele den Injektionsbereich nicht planmäßig.
- Ich wähle den Injektionsbereich, wo es am wenigsten weh tut

16. In Frage 14 haben Sie die Injektionsbereiche angegeben, die Sie verwenden. Wählen Sie aus den farbigen Feldern das aus, dessen Größe am ehesten der Fläche entspricht, in die Sie in den Bereichen spritzen:

	ROT	BLAU	GRÜN	GRAU
Bauch				
Oberschenkel				
Gesäß				
Oberarm				



- 17.** Wechseln Sie die Injektionsstelle innerhalb der Injektionsbereiche?
- Ja
 - Nein
- 18.** Wenn ja, wie würden Sie diesen Wechsel (Rotation) beschreiben?
(Mehrfachnennungen möglich)
- Ich wechsel von einer Körperseite zur anderen hin und her (links - rechts)
 - Ich wechsel willkürlich von einer Injektionsstelle zur anderen
 - Ich injiziere mit 2 -3 cm Abstand zu den vorherigen Injektionsstellen (ca. 2 Finger breit)
 - Meine Injektionen erfolgen kreisförmig in den Injektionsbereichen
 - Meine Injektionen erfolgen auf einer Linie (waagrecht oder senkrecht) in den Injektionsbereichen
- 19.** Haben Sie seit längerem (Wochen, Monate, Jahre) Schwellungen, Verdickungen oder Verhärtungen in den Injektionsbereichen?
- Ja
 - Nein
- 20.** Wenn ja, in welchem/n Bereich(en)?
- Bauch
 - Oberschenkel
 - Gesäß
 - Oberarm
- 21.** Spritzen Sie in diese Schwellungen, Verdickungen oder Verhärtungen?
- Immer
 - Manchmal
 - Nie
- 22.** Wenn ja, bitte geben Sie an, warum Sie in diese Stellen spritzen?
(Mehrfachnennungen möglich)
- Es ist bequemer
 - Es schmerzt weniger!
 - Nur aus Gewohnheit (ich spritze immer dort)
 - Weiß nicht
- 23.** Wenn Sie einen Pen verwenden, wie lange lassen Sie die Nadel in der Haut, nachdem Sie den Injektionsknopf ganz heruntergedrückt haben?
- Weniger als 5 Sekunden
 - 5 – 10 Sekunden
 - Länger als 10 Sekunden
 - Ich weiß nicht wie lange
- 24.** Reinigen Sie die Haut vor der Injektion mit einem Desinfektionsmittel (z. B. mit einem Alkoholtupfer)?
- Ja
 - Nein

- 25.** Desinfizieren (z. B. mit einem Alkoholtupfer) Sie die Gummidichtung der Insulinpatrone bzw. des Insulinfläschchens bevor Sie die Pen-Nadel auf den Pen aufschrauben oder die Spritzenadel zum Aufziehen des Insulins in das Fläschchen stechen?
- Ja
 - Nein
- 26.** Wenn Sie einen Pen verwenden, benutzen Sie die Pen-Nadel mehr als einmal?
- Ja
 - Nein
- 27.** Wenn ja, wie oft verwenden Sie eine einzelne Pen-Nadel wieder?
- 2 mal
 - 3 bis 5 mal
 - 6 bis 10 mal
 - Mehr als 10 mal
- 28.** Wenn Sie eine Pen-Nadel mehr als einmal verwenden, warum tun Sie das? (Mehrfachnennungen möglich)
- Weil gerade keine andere Nadel zur Hand ist
 - Um Geld zu sparen
 - Um unnötigen Abfall zu vermeiden (Belastung der Umwelt)
 - Aus Bequemlichkeit
- 29.** Wenn Sie eine Spritze verwenden, benutzen Sie die Spritze mehr als einmal?
- Ja
 - Nein
- 30.** Wenn ja, wie oft verwenden Sie eine einzelne Spritze wieder?
- 2 mal
 - 3 bis 5 mal
 - 6 bis 10 mal
 - Mehr als 10 mal
- 31.** Wenn Sie eine Spritze mehr als einmal verwenden, warum tun Sie das? (Mehrfachnennungen möglich)
- Weil gerade keine andere Spritze zur Hand ist
 - Um Geld zu sparen
 - Um unnötigen Abfall zu vermeiden (Belastung der Umwelt)
 - Aus Bequemlichkeit
- 32.** Waren Ihre Injektionen jemals schmerzhaft?
- Ja
 - Nein
- 33.** Wenn ja, wie würden Sie Ihre Injektionen am ehesten beschreiben?
- Immer schmerzhaft
 - Oft schmerzhaft (ein paarmal in der Woche)
 - Manchmal schmerzhaft (ein paarmal im Monat)
 - Selten schmerzhaft (ein paarmal im Jahr)

- 34. Welche Ursache vermuten Sie bei einer schmerzhaften Injektion?**
(Mehrfachnennungen möglich)
- Die Injektionsstelle (z. B. einen Nerv getroffen)
 - Die Menge an gespritzter Flüssigkeit
 - Die Nadel habe ich schon einmal verwendet
 - Meine Injektionstechnik war falsch
 - Die Temperatur der gespritzten Flüssigkeit
 - Weiß nicht
- 35. Hat eine Injektion bei Ihnen jemals ein Nachbluten oder einen blauen Fleck verursacht?**
- Ja
 - Nein
- 36. Wenn ja, wie oft verursacht die Injektion ein Nachbluten oder einen blauen Fleck?**
- Immer
 - Oft (ein paarmal in der Woche)
 - Manchmal (ein paarmal im Monat)
 - Selten (ein paarmal im Jahr)
- 37. Ist bei einer Ihrer Injektion jemals Insulin nach der Injektion an der Injektionsstelle aus der Haut ausgetreten?**
- Ja
 - Nein
- 38. Wenn ja, wie oft ist Insulin nach der Injektion an der Injektionsstelle ausgetreten?**
- Immer
 - Oft (ein paarmal in der Woche)
 - Manchmal (ein paarmal im Monat)
 - Selten (ein paarmal im Jahr)
- 39. Ist bei einer Ihrer Injektion jemals Insulin aus der Nadelspitze nachgetropft nachdem die Nadel aus der Haut gezogen worden war?**
- Ja
 - Nein
- 40. Wenn ja, wie oft ist Insulin aus der Nadelspitze nachgetropft?**
- Immer
 - Oft (ein paarmal in der Woche)
 - Manchmal (ein paarmal im Monat)
 - Selten (ein paarmal im Jahr)
- 41. Haben Sie jemals durch die Kleidung gepritzt?**
- Ja
 - Nein
- 42. Wenn ja, wie oft spritzen Sie durch die Kleidung?**
- Immer
 - Oft (ein paarmal in der Woche)
 - Manchmal (ein paarmal im Monat)
 - Selten (ein paarmal im Jahr)

43. Wenn Sie trübes Insulin (NPH-Insulin oder NPH-Mischinsulin) verwenden, mischen Sie das Insulin vor der Verwendung auf?
- Ja
 - Nein
44. Wenn ja, wie oft schwenken Sie im Schnitt den Insulinpen bzw. rollen Sie das Insulinfläschchen vor der Injektion? _____
45. Wo lagern Sie das Insulin (Patrone, Fertigpen oder Insulinfläschchen) bevor Sie es das erste Mal verwenden?
- Kühlschrank
 - Raumtemperatur (z. B. Badezimmer, Schublade, andere Ort)
46. Wo lagern Sie das Insulin (Insulinpen oder Insulinfläschchen) nachdem Sie es das erste Mal verwendet haben?
- Kühlschrank
 - Raumtemperatur (z. B. Badezimmer, Schublade, andere Ort)
47. Wenn Sie das Insulin (Pen, Fertigpen oder Insulinfläschchen) nach der Verwendung im Kühlschrank aufbewahren, lassen Sie es sich vor der nächsten Injektion auf Raumtemperatur erwärmen?
- Ja
 - Nein
48. Haben Sie jemals Insulin verwendet, dessen Haltbarkeitsdatum überschritten war?
- Ja
 - Nein
 - Weiß nicht
49. Wie entsorgen Sie Ihre gebrauchten Pen-Nadeln/Spritzen?
- In einem speziell für gebrauchte Pen-Nadeln/Spritzen gefertigten Behälter
 - In einem anderen Behälter (z. B. Glas- oder Plastikflasche, Marmeladenglas, etc.)
 - Nach dem Aufsetzen der Schutzkappe direkt im Hausmüll
 - Ohne Aufsetzen der Schutzkappe direkt im Hausmüll
 - Ich knipse die Nadel mit einem speziellen Abknipser ab
50. Wenn Sie Pen-Nadeln/Spritzen in einem Behälter sammeln, was machen Sie mit dem vollen Behälter?
- In den Hausmüll tun
 - In der Apotheke abgeben
 - In der Praxis abgeben
 - In einem Labor abgeben
 - In einem Krankenhaus abgeben
 - In einer örtlichen Sammelstelle abgeben
 - Nichts von dem genannten
51. Haben Sie jemals Injektionen ausgelassen?
- Ja
 - Nein

52. Wenn ja, wie oft lassen Sie Injektionen aus?

- Oft (ein paarmal in der Woche)
- Manchmal (ein paarmal im Monat)
- Selten (ein paarmal im Jahr)

53. Was ist Ihr üblicher Grund bzw. sind Ihre üblichen Gründe eine Injektion auszulassen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ich habe es vergessen
- Ich habe nicht gegessen
- Ich war krank (z. B. Übelkeit oder Erbrechen)
- Ich wollte halt nicht injizieren
- Mein Blutzucker war zu niedrig

54. Wer hat ihnen erklärt und gezeigt, wie Sie sich Ihre Injektionen verabreichen sollen?

- Krankenschwester
- Diabetesberaterin/-assistentin
- Arzthelferin/Diätassistentin
- Hausarzt
- Diabetologe
- Apotheker
- Ein Vertreter der Insulin- oder Pen-Nadel-Firma

55. Wie oft werden Ihre Injektionsbereiche in der Diabetesberatung (z. B. eine Diabetesberaterin) oder durch den Arzt (z. B. Diabetologe oder Hausarzt) untersucht?

- Routinemäßig bei jedem Besuch. Wie oft ist das? Alle _____ Monate
- Einmal im Jahr
- Nur wenn ich selber auf ein Problem in dem Bereich hinweise
- Ich kann mich nicht erinnern, dass die Injektionsbereiche jemals untersucht wurden

56. Kreuzen Sie JA an, wenn das Thema im Rahmen Ihrer Schulung zur Injektionstechnik bzw. später danach besprochen wurde.

Kreuzen Sie zusätzlich die letzte Spalte an, wenn Sie glauben zu diesem Thema weitere Schulung zu benötigen.

	JA	Benötige (weitere) Schulung
Injektionsstellen (z. B. Bauch, Oberschenkel, Gesäß, Oberarm)		
Hautdicke und Injektionstiefe		
Länge der Nadel		
Bilden einer Hautfalte		
Wie lange soll eine Hautfalte gehalten werden		
Einstichwinkel der Pen-Nadel (senkrecht oder schräg)		
Wie lange soll die Pen-Nadel in der Haut bleiben		
Wechsel der Einstichstelle innerhalb eines Injektionsbereichs		
Vermeidung von Luftblasen in der Pen-Ampulle		
Mischen von Insulinen in einer Spritze (nur für Spritzenverwender)		
Aufmischen von trübem Insulin (NPH-Insulin / Mischinsulin)		
Einmalverwendung von Spritzen / Pen-Nadeln		
Sichere Entsorgung von Spritzen / Pen-Nadeln		

- 57.** Wann haben Sie das letzte Mal eine Schulung bzw. Auffrischung zum Thema Insulininjektion erhalten?
- Innerhalb der letzten 6 Monate
 - Innerhalb der letzten 7 - 12 Monate
 - In den letzten 1 – 5 Jahren
 - In den letzten 5 – 10 Jahren
 - Nie
- 58.** Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Unterzuckerung (Hypoglykämie = niedriger Blutzucker)?
- Ja
 - Nein
- 59.** Wenn ja, wie oft in den letzten sechs Monaten war die Unterzuckerung so stark, dass Sie die Hilfe einer anderen Person benötigten?
- Nie
 - 1 bis 2 mal
 - 3 bis 5 mal
 - Mehr als 5 mal
- 60.** Mussten Sie während einer dieser Situationen ambulant oder stationär in ein Krankenhaus?
- Ja
 - Nein
- 61.** Wie oft messen Sie selber Ihren Blutzucker?
- Mehr als 4 mal am Tag
 - 3 bis 4 mal am Tag
 - 1 bis 2 mal am Tag
 - Mehrmals die Woche
 - Ich messe selten oder nie meinen Blutzucker
- 62.** Mussten Sie jemals wegen einer „Diabetischen Ketoazidose“ (DKA oder diabetisches Koma) in ein Krankenhaus eingeliefert werden?
- Ja
 - Nein
- 63.** Wenn ja, wann war die Einweisung wegen einer „Diabetischen Ketoazidose“?
- Nur einmal am Anfang als bei mir Diabetes diagnostiziert wurde
 - Ich hatte eine DKA, aber nicht in den letzten sechs Monaten
 - Ich hatte eine DKA in den letzten sechs Monaten
- 64.** Messen Sie häufig hohe Blutzuckerwerte (mehr als 250 mg/dL bzw. 13.9 mM/L)?
- Ja
 - Nein
- 65.** Wenn ja, wie oft messen Sie diese hohen Blutzuckerwerte?
- Mehr als 5 mal pro Woche
 - 3 bis 5 mal pro Woche
 - 1 bis 2 mal pro Woche
 - Gelegentlich (weniger als 4 mal pro Monat)

66. Gibt es Personen in Ihrer unmittelbaren Umgebung, die sich womöglich an Ihren gebrauchten Nadeln, Spritzen oder Lanzetten stechen könnten?
- Ja
 - Nein
67. Wenn ja, welche Personen sind das? (Mehrfachnennungen möglich)
- Kinder
 - Weitere Familienmitglieder
 - Pflegepersonal, Pflegedienst
 - Haushaltshilfe / Reinigungspersonal
68. Hat sich eine dieser Personen jemals an einer Ihrer gebrauchten Nadeln, Spritzen oder Lanzetten gestochen?
- Ja
 - Nein
69. Bitte geben Sie an, warum sich diese Personen verletzen könnten bzw. verletzt haben (Mehrfachnennungen möglich)
- Ich verwende keine sicheren Produkte, die Verletzungen nach der Benutzung ausschließen, da z. B. die Nadel nach dem Herausziehen aus der Haut automatisch abgeschirmt wird.
 - Ich habe keinen geeigneten Entsorgungsbehälter für meine gebrauchten Nadeln, Spritzen oder Lanzetten
 - Ich lasse gebrauchten Nadeln, Spritzen oder Lanzetten manchmal offen liegen
 - Ich habe eine Erkrankung, die durch Blut übertragen wird (z. B. Hepatitis, HIV, etc.).

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!