

Wichtigkeit von Behandlungszielen

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie wichtig Ihnen persönlich die unten genannten Ziele bei der **aktuellen Behandlung** Ihrer Hauterkrankung sind.

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, **wie wichtig** Ihnen dieses Behandlungsziel ist. Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, z.B. weil Sie keine Schmerzen haben, kreuzen Sie bitte in der rechten Spalte „*betrifft mich nicht*“ an.

Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1)... schmerzfrei zu sein	<input type="radio"/>					
2)... keinen Juckreiz mehr zu empfinden	<input type="radio"/>					
3)... kein Brennen an der Haut mehr zu haben	<input type="radio"/>					
4)... von allen Hautveränderungen geheilt zu sein	<input type="radio"/>					
5)... besser schlafen zu können	<input type="radio"/>					
6)... weniger niedergeschlagen zu sein	<input type="radio"/>					
7)... an Lebensfreude zu gewinnen	<input type="radio"/>					
8)... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	<input type="radio"/>					
9)... ein normales Alltagsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
10)... im Alltag leistungsfähiger zu sein	<input type="radio"/>					
11)... Ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	<input type="radio"/>					
12)... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	<input type="radio"/>					
13)... ein normales Berufsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
14)... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	<input type="radio"/>					
15)... sich mehr zeigen zu mögen	<input type="radio"/>					
16)... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	<input type="radio"/>					
17)... ein normales Sexualleben führen zu können	<input type="radio"/>					
18)... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	<input type="radio"/>					
19)... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	<input type="radio"/>					
20)... weniger eigene Behandlungskosten zu haben	<input type="radio"/>					
21)... weniger Nebenwirkungen zu haben	<input type="radio"/>					
22)... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	<input type="radio"/>					
23)... Vertrauen in die Therapie zu haben	<input type="radio"/>					
24)... eine schnellere Verbesserung der Haut zu erfahren	<input type="radio"/>					
25)... eine Kontrolle über Ihre Erkrankung zurück zu gewinnen	<input type="radio"/>					

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie zu jeder Aussage genau ein Kreuz gesetzt haben.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Nutzen der Behandlung

ePBI

Bitte tragen Sie hier ein, welche Behandlung der Hauterkrankung aktuell durchgeführt wird (oder in den letzten 12 Monaten durchgeführt wurde):

Behandlung: _____ **Seit wann?:** _____

O Keine Behandlung der Hauterkrankung in den letzten 12 Monaten (->bitte weiter auf der nächsten Seite!)

Bitte kreuzen Sie nun zu jeder der folgenden Aussagen an, in wie weit die Ziele durch die **aktuelle Behandlung bereits erreicht wurden** und damit die Behandlung für Sie von Nutzen war. Falls eine Aussage für Sie nicht zutraf, z.B. weil Sie keine Schmerzen hatten, kreuzen Sie bitte in der rechten Spalte „*betraf mich nicht*“ an.

Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1)... schmerzfrei zu sein	<input type="radio"/>					
2)... keinen Juckreiz mehr zu empfinden	<input type="radio"/>					
3)... kein Brennen an der Haut mehr zu haben	<input type="radio"/>					
4)... von allen Hautveränderungen geheilt zu sein	<input type="radio"/>					
5)... besser schlafen zu können	<input type="radio"/>					
6)... weniger niedergeschlagen zu sein	<input type="radio"/>					
7)... an Lebensfreude zu gewinnen	<input type="radio"/>					
8)... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	<input type="radio"/>					
9)... ein normales Alltagsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
10)... im Alltag leistungsfähiger zu sein	<input type="radio"/>					
11)... meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	<input type="radio"/>					
12)... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	<input type="radio"/>					
13)... ein normales Berufsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
14)... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	<input type="radio"/>					
15)... mich mehr zeigen zu mögen	<input type="radio"/>					
16)... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	<input type="radio"/>					
17)... ein normales Sexualleben führen zu können	<input type="radio"/>					
18)... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	<input type="radio"/>					
19)... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	<input type="radio"/>					

Nutzen der Behandlung

ePBI

Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
20)... weniger eigene Behandlungskosten zu haben	<input type="radio"/>					
21)... weniger Nebenwirkungen zu haben	<input type="radio"/>					
22)... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	<input type="radio"/>					
23)... Vertrauen in die Therapie zu haben	<input type="radio"/>					
24)... eine schnellere Verbesserung der Haut zu erfahren	<input type="radio"/>					
25)... eine Kontrolle über meine Erkrankung zurück zu gewinnen	<input type="radio"/>					

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie zu jeder Aussage genau ein Kreuz gesetzt haben.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!