

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Tel.: (02 31) 79 33-07
 Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de
 www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen

Patientenselbsteinschätzung der Lebensqualität (NHP-Test) Seite 1/2

Zu Ihrer Information:

Sie haben sich dafür entschieden, Ihre Wunde im Rahmen einer Integrierten Versorgung behandeln zu lassen. Zur Qualitätssicherung sind wir verpflichtet, in regelmäßigen Intervallen festzuhalten, wie sich die Behandlung auf Ihr Wohlbefinden niederschlägt.

Dabei zählt natürlich in besonderem Maße, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand einschätzen.

Aus diesem Grunde möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Gesetzlicher Vertreter für den Wirkungskreis „Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen“, soweit bestimmt:

Name, Vorname

Straße

PLZ und Ort

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

Im folgenden finden Sie eine Liste von Problemen, die man im Alltagsleben haben kann.

Bitte gehen Sie die Liste sorgfältig durch und kreuzen Sie bei jeder Aussage an, ob diese zur Zeit für Sie zutrifft (ja) oder nicht zutrifft (nein).

Bitte beantworten Sie jede Frage.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie mit ja oder nein antworten sollen, kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Ich bin andauernd müde. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe nachts Schmerzen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich fühle mich niedergeschlagen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe unerträgliche Schmerzen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich habe vergessen, wie es ist, Freude zu empfinden. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich fühle mich gereizt. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich fühle mich einsam. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

bitte Seite 2 ausfüllen und dort unterschreiben