

Fragebogen* zur Bewertung des Ovaleap[®]-Pens

Name der Patientin: _____

Sehr geehrte Patientin,
bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen zum Ovaleap[®]-Pen und **kreuzen jeweils nur eine Antwortmöglichkeit an**. Der ausgefüllte Fragebogen verbleibt bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin. Für Auswertung der Studie werden Ihre Antworten mit einer Patientennummer jedoch ohne Angabe Ihres Namens in elektronische Datenträger übertragen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Wie sicher waren Sie sich, dass Sie die Tagesdosis der Medikaments genau eingestellt haben?

Sehr sicher Sicher Unsicher

2. Wie sicher waren Sie sich, dass Sie die richtige Tagesdosis des Medikaments gespritzt haben?

Sehr sicher Sicher Unsicher

3. Wie leicht waren die schriftlichen Anweisungen zur Anwendung des Pens zu verstehen?

Sehr leicht Leicht Nicht leicht

4. Wie oft haben Sie den / die Mitarbeiter(in) im Studienzentrum darum gebeten, die Verabreichung der Tagesdosis zu erklären?

Mehr als 4-mal 4-mal 3-mal
 2-mal 1-mal Nie

5. Wie würden Sie die allgemeine Benutzerfreundlichkeit des Pens auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten, wobei "1" ganz leicht und "10" ganz schwierig bedeutet?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 | | | | | | | | |

6. Wie praktisch war die Verabreichung der Studienmedikation mittels Pen für Sie?

Sehr praktisch Praktisch Unpraktisch

7. Wie zufrieden waren Sie mit der Verabreichung der Studienmedikation mittels Pen?

Sehr zufrieden Zufrieden Unzufrieden

*Fragebogen modifiziert nach Somkuti (2006):

Somkuti SG, Schertz JC, Moore M et al. Patient experience with follitropin alfa prefilled pen versus previously used injectable gonadotropins for ovulation induction in oligoanovulatory women. Current Medical Research and Opinion 2006; (10):198196.