



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

**Liebe Patientinnen und Patienten, vielen Dank für Ihre Unterstützung!!
Bitte schreiben Sie leserlich in großen DRUCKBUCHSTABEN und füllen den
Fragebogen komplett aus. Bitte überspringen Sie keine Fragen! Bei Fragen können Sie
sich jederzeit an einen Mitarbeiter wenden!**

Demographische Daten

1. **Alter:** _____ **Geschlecht:** männlich weiblich
2. **Rheumatologische Erkrankung:** _____
3. **Wie aktiv ist die Krankheit im Moment (Patient Global)?**
unwichtig/0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr wichtig/10
4. **Jahr der Erstdiagnose:** _____
5. **Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**
 Lehre/ Berufsausbildung Ohne beruflichen Bildungsabschluss
 Fachhochschulabschluss Bildungsabschluss noch nicht beendet
 Universitätsabschluss
6. **Bitte geben Sie die Größe Ihres Wohnorts an:**
 Dorf mittelgroße Stadt
 kleine Stadt große Stadt



Pat. Nr.: _____



Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr**E-Health Nutzung****7. Benutzen Sie regelmäßig elektronische Geräte?**

- Smartphone (iPhone etc.) elek. Tracking Geräte (z.B. Fitnessarmbänder)
 Tablet (iPad etc.) weitere: _____

8. Nutzen Sie soziale Netzwerke (Facebook, Instagram, Twitter, etc.)?

- Ja Nein

9. Haben Sie schon mal Informationen über Gesundheitsthemen im Internet gesucht? (Mehrfachauswahl)

- Ja  Diagnosen
 Symptome
 Medikamente
 Behandlungsmöglichkeiten
 Ärzte
 Patientenforen
 Krankheitsspezifische Websites
 Sonstiges: _____
- Nein  Ich weiß nicht wie man diese Informationen im Internet sucht
 Ich habe keinen PC / Smartphone / Internetzugang
 Die Informationen von meinem Arzt waren ausreichend
 Ich denke nicht, dass mir das helfen würde.
 Sonstiges: _____

10. Wenn ja wie häufig nutzen Sie das Internet für med. Informationen?

- täglich wöchentlich monatlich seltener gar nicht

11. Haben Sie mit einem behandelnden Arzt schon mal per E-Mail kommuniziert?

- Ja Nein

12. Haben Sie schon mal ein Patientenforum genutzt und... (Mehrfachauswahl)?

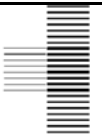
- einen aktiven Beitrag verfasst sich mit anderen Patienten ausgetauscht
 Beiträge gelesen weder noch

13. Haben Sie schon mal an einem medizinischen Online Programm teilgenommen (Rauchentwöhnung, Stressreduktion, Schmerzreduktion)?

- Ja Nein

14. Kennen Sie die Website der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) mit den Medikamenteninformationen für Patienten und Ärzte?

- Ja Nein



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

15. Kennen Sie hilfreiche rheumaspezifische digitale Angebote (Websites/Apps)?

- Ja, z.B. _____
 Nein

16. Wie oft haben Sie folgende Möglichkeiten innerhalb der letzten 3 Monate genutzt um Gesundheitsinformationen zu erhalten?

Bitte markieren Sie bei jeder Möglichkeit ihre Nutzung.

	täglich	wöchentlich	monatlich	seltener	gar nicht
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Apps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Printmedien (Broschüren, Bücher, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinisches Fachpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

App-Nutzung / Präferenzen

17. Welche medizinischen Apps nutzen Sie?

- Keine _____

18. Wenn Sie med. Apps nutzen, wie häufig nutzen Sie diese medizinischen Apps?

- täglich wöchentlich monatlich seltener gar nicht

19. Kennen Sie die App „Arzneimittel aktuell“?

- Ja Nein

20. Wie wichtig sind Ihnen bei einer medizinischen App folgende Punkte:

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihre Meinung am besten beschreibt.

	unwichtig/0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	sehr wichtig/10
Datensicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Design	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzerfreundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktionsmöglichkeit/ Unterhaltungswert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

21. Ich glaube, dass der Einsatz von med. Apps hilfreich für mich sein kann

- Ja Nein

22. Ich würde es gut finden, mit meinem Arzt auch per Online Videosprechstunde kommunizieren zu können

- Ja Nein

eHealth Literarcy

23. Wie nützlich/hilfreich finden Sie das Internet, um Entscheidungen über Ihre Gesundheit zu treffen?

- überhaupt nicht nützlich/hilfreich nicht nützlich/hilfreich unsicher nützlich/hilfreich sehr nützlich/hilfreich

24. eHEALS-Fragebogen:

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihre Meinung am besten beschreibt.					
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	neutral	trifft zu	trifft voll zu
Ich weiß, wie ich im Internet nützliche Gesundheitsinformationen finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich das Internet nutzen kann, um Antworten auf meine Fragen rund um das Thema Gesundheit zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, welche Quellen für Gesundheitsinformationen im Internet verfügbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wo im Internet ich nützliche Gesundheitsinformationen finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich Informationen aus dem Internet so nutzen kann, dass sie mir weiterhelfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in der Lage, Informationen, die ich im Internet finde, kritisch zu bewerten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Internet zuverlässige von fragwürdigen Informationen unterscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis von Informationen aus dem Internet treffe, fühle ich mich dabei sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

Kommunikationspräferenzen

Welche Angebote würden Sie gerne nutzen, um sich über Ihre Erkrankung zu informieren und Ihren Therapieplan (z.B. Tabletteneinnahme) gut einhalten zu können?

25. Erinnerungshilfen

Bitte ordnen Sie die angegebenen Möglichkeiten nach dem für Sie zutreffenden Stellenwert von 1 (höchster Stellenwert) bis 6 (niedrigster Stellenwert) gemäß Ihrer eigenen Meinung!

An die regelmäßige Tabletteneinnahme möchte ich erinnert werden per...

- SMS _____
- Anruf _____
- E-Mail _____
- Push-Nachrichten in einer App _____
- gar nicht _____
- Postkarte _____

26. Informationen zur Erkrankung und zur Behandlung

Bitte ordnen Sie die angegebenen Möglichkeiten nach dem für Sie zutreffenden Stellenwert von 1 (höchster Stellenwert) bis 4 (niedrigster Stellenwert) gemäß Ihrer eigenen Meinung!

Ich bevorzuge medizinische Informationen...

- auf Papier gedruckt (z.B. Broschüren) _____
- keine Zusatzinformationen gewünscht _____
- in einer App _____
- auf einer Website _____

27. Informationsvermittlung zur Erkrankung und zur Behandlung bei digitalen Angeboten

Bitte ordnen Sie die angegebenen Möglichkeiten nach dem für Sie zutreffenden Stellenwert von 1 (höchster Stellenwert) bis 3 (niedrigster Stellenwert) gemäß Ihrer eigenen Meinung!

Bei digitalen Angeboten (Website/App) wären mir wichtig...

- Info Text und Bilder _____
- spielerisches Lernen _____
- Austausch mit anderen _____



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

28. Dokumentation von Beschwerden und der Tabletteneinnahme

Bitte ordnen Sie die angegebenen Möglichkeiten nach dem für Sie zutreffenden Stellenwert von 1 (höchster Stellenwert) bis 4 (niedrigster Stellenwert) gemäß Ihrer eigenen Meinung!

Angaben zu meinem Befinden und zur Tabletteneinnahme würde ich in einem vorbereiteten Formular („Patiententagebuch“) dokumentieren...

- auf Papier gedruckt _____
- in einer App _____
- auf einer passwortgeschützten Website _____
- gar nicht _____

29. Bei digitalen Angeboten (Website/App) wäre mir wichtig zu sehen, wie gut ich im Vergleich zu anderen Patienten den Therapieplan einhalte

- wäre interessant zu wissen interessiert mich nicht

30. Rückfrage-Möglichkeiten

Bitte ordnen Sie die angegebenen Möglichkeiten nach dem für Sie zutreffenden Stellenwert von 1 (höchster Stellenwert) bis 4 (niedrigster Stellenwert) gemäß Ihrer eigenen Meinung!

Mit Fragen zu Beschwerden und zur Behandlung würde ich mich zwischen den Untersuchungsterminen gerne an die Ambulanz/ einen Arzt wenden mittels

- Telefon _____
- E-Mail _____
- Website / Chat _____
- Keine Rückfragemöglichkeiten gewünscht _____

31. Datenübermittlung an Arzt per App

Würden Sie eine mobile App befürworten und Ihrem behandelnden Arzt Daten (Blutbild, Röntgenbilder, Arztbriefe etc.) zu Ihrer Erkrankung per App auf sicherem Weg zukommen lassen und Daten schnell zu erhalten?

- Ja
 Nein →

(Mehrfachauswahl möglich)

- Ich habe keine passenden Endgeräte
- Ich kenne mich nicht mit der Technik aus
- Ich weiß nicht, was mit den Daten passiert
- Ich weiß nicht, wo die Daten gespeichert werden
- Ich befürchte keine gesicherte Datenübertragung
- Datenschutzgründe
- Ich möchte ausschließlich persönlichen Kontakt zum Arzt
- Ich halte es nicht für sinnvoll
- Andere Gründe: _____



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

32. Wären Sie bereit eine aktive Dateneingabe (z.B. zu Lebensqualität, Gelenkstatus, etc.) über die App zu machen?

Ja **→ Wie oft wären Sie zur aktiven Dateneingabe bereit?**

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> alle 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> alle 6 Monate | <input type="checkbox"/> jährlich |

→ Wie viel Zeit würden Sie für die Dateneingaben aufwenden?

- | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis zu 5 Minuten | <input type="checkbox"/> 5-15 Minuten |
| <input type="checkbox"/> 15-30 Minuten | <input type="checkbox"/> länger |

Nein

33. Würden Sie sich eine direkte Kontaktaufnahme bei Unregelmäßigkeiten Ihrer Eingaben (z.B. bei auffälligen Laborwerten, Gelenkstatus, starken Nebenwirkungen, etc.) wünschen?

Ja Nein

34. Fänden Sie es gut, wenn Ihr betreuender Arzt bereits vor der Nachsorgeuntersuchung die eingegebenen Daten (Nebenwirkungen, Lebensqualität, Laborwerte) vorliegen hätte?

Ja Nein, weil _____

35. Würden Sie einer Verwendung Ihrer anonymisierten¹ oder pseudonymisierten¹ Daten zu Forschungszwecken (Verbesserung von Therapiemöglichkeiten, etc.) zustimmen?

Ja Nein, weil _____

36. Ich würde die Patientenfragebögen auch gerne schon vor dem Termin per Internet/ PC/ Smartphone etc. ausfüllen können

Ja Nein

37. Würden Sie offizielle Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) bezüglich Apps begrüßen?

Ja Nein

38. Ich wäre bereit auf einen Arztbrief in Papierform zu verzichten und „nur“ eine elektronische Version (z.B. als pdf) zu erhalten

Ja Nein

39. Haben Sie weitere Vorschläge oder Ideen: _____

¹Anonymisierung / Pseudonymisierung: Die Anonymisierung ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass diese Daten nicht mehr einer Person zugeordnet werden können. Bei der Pseudonymisierung wird der Name durch ein Pseudonym (zumeist eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination) ersetzt, um die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen. Die Pseudonymisierung ermöglicht – unter Zuhilfenahme eines „Schlüssels“ – die Zuordnung von Daten zu einer Person. Diese Zuordnung ist ohne diesen Schlüssel nicht oder nur schwer möglich, da Daten und Identifikationsmerkmale getrennt sind.



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

40. Wie sehr wären Sie an folgenden Funktionen einer rheumatologischen App interessiert?

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihre Meinung am besten beschreibt.

	interes siert mich sehr	interes siert mich	neutral	interes siert mich nicht	interes siert mich gar nicht
Visualisierung der Eingaben (Laborwerte, Verlauf, Nebenwirkungen, Krankheitsschübe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation via Fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Gelenkstatus (geschwollene/ druckschmerzhaft Gelenke, Morgensteifigkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnerungsfunktion (Infusionstermin, Medikamentengabe, Impfungen, regulärer Termin, Ausfüllen von Fragebögen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilungsmöglichkeit ob vor Infusionstermin ein Infekt vorliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteninformationen/-warnungen (Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu Ihrer Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu Ernährung, Sportübungen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wissenschaftlich fundierte Online-Übungen zur Reduktion von Schmerzen und Bewältigung von Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektronisches Rezept und elektronische AU-Bescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abklärung von Symptomen und Diagnosevorschläge, mittels intelligentem Algorithmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Updates zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Ihrer Erkrankung und Medikamenten/-studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zum Austausch mit anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
passendes Equipment, z.B. Armband zur Datenerfassung der täglichen Bewegung (Schrittzähler), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Infekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pat. Nr.: _____

Datum: ____ - ____ - ____
 Tag Monat Jahr