

# Fragebogen

Wir bitten Sie um ein paar Minuten Ihrer Zeit, um einige Fragen zu beantworten. Hiermit unterstützen Sie uns einen besseren Service zur Blasengesundheit zu entwickeln.

## 1. Was sind die Ursachen Ihrer Rückenmarksschädigung?

Querschnittslähmung

Multiple Sklerose

Spina bifida

Weitere Ursachen:

---

## 2. Seit wann haben Sie die Rückenmarksschädigung?

Seit 1 Jahr

2 - 5 Jahre

5 - 10 Jahre

Mehr als 10 Jahre

## 3. Seit wann haben Sie die spastische Blase?

Seit 1 Jahr

2 - 5 Jahre

5 - 10 Jahre

Mehr als 10 Jahre

## 4. Was belastet Sie im Rahmen der Blasenfunktionsstörung konkret?

---

---

---

# Fragebogen

Wir bitten Sie um ein paar Minuten Ihrer Zeit, um einige Fragen zu beantworten. Hiermit unterstützen Sie uns einen besseren Service zur Blasengesundheit zu entwickeln.

## 5. Verlieren Sie ungewollt Urin?

- Nein**
- Ja, gelegentlich**
- Ja, regelmäßig**

in:

- kleinen Mengen (tröpfchenweise)**
- großen Mengen**

## 6. Inwieweit schränkt Sie die spastische Blase in Ihrem Alltag ein?

- Gar nicht, ich bin unterwegs so oft und so lange ich möchte**
- Ein bis drei Stunden kann ich mich außerhalb des Hauses bewegen**
- Ich bleibe sicherheitshalber lieber zu Hause**

## 7. Was würden Sie sich als Unterstützung wünschen im Hinblick auf Ihre Blasenschwäche,

---

---

---

## 8. Haben Sie Interesse an einem Austausch?

- Ja, mit Ärzten auf einem Patiententag**
- Ja, mit anderen Patienten und deren Angehörigen**
- Ja, mit verschiedenen Teilnehmern, die sich dem Thema Blasenschwäche annehmen**
- Nein**

# Fragebogen

Wir bitten Sie um ein paar Minuten Ihrer Zeit, um einige Fragen zu beantworten. Hiermit unterstützen Sie uns einen besseren Service zur Blasengesundheit zu entwickeln.

## 9. Wie stellen Sie sich den Austausch vor?

Ort:

digital

vor Ort in: \_\_\_\_\_

Welcher Wochentag und welche Uhrzeit sind geeignet?

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

vormittags

nachmittags

abends

Wie viel Zeit sollte für den Austausch eingeplant werden?

\_\_\_\_\_ Stunden

**Vielen Dank für Ihre Antworten.**

# Fragebogen

Wir bitten Sie um ein paar Minuten Ihrer Zeit, um einige Fragen zu beantworten. Hiermit unterstützen Sie uns einen besseren Service zur Blasengesundheit zu entwickeln.

Bitte senden Sie Ihre Antworten an [VELARBAG@medice.de](mailto:VELARBAG@medice.de).

per Fax an: +49 2371 937-441209

per Post an: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Kuhloweg 37, 58638 Iserlohn

Bitte senden Sie die Sprizentasche an:

Name

Straße

PLZ / Ort

Nur solange der Vorrat reicht.

## Ihr MEDICE-Team wünscht Ihnen alles Gute!

Die Auswertung Ihrer Daten zur Befragung erfolgt anonymisiert.

Ich akzeptiere die Datenschutzbedingungen.

Ich wurde auf die Datenschutzbedingungen unter [www.medice.de/service/datenschutz](http://www.medice.de/service/datenschutz) hingewiesen. Ich stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten zum Erhalt der Sprizentasche und zur Dokumentation der Anforderung unter diesen Datenschutzbedingungen zu.

### Wir sind für Sie dran.

Ihre kostenfreie Service-Hotline: **Tel.: 0251-20078017**

**Fax: 0251-20078026**



**MEDICE**  
THE HEALTH FAMILY