**Betegazonosító adatok:**

**Név:………………………………………………………. Kód:……………………...**

**Felvétel dátuma** (első alkalom, a közös gyógyszerelési áttekintés előtt)**: …………év………………..hónap…….nap**

**Életkor:………….év**

**Iskolai végzettség:…………………..**

***Egyes személyek több problémát neveztek meg gyógyszerszedési szokásaikkal kapcsolatban és kíváncsiak vagyunk az Ön tapasztalataira. Nincs jó vagy rossz válasz. Kérjük, válaszoljon minden egyes kérdésre a gyógyszerszedéssel kapcsolatos személyes tapasztalatai alapján!*** *(Tegyen x-et a megfelelő helyre!)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nem** | **Igen** |
| **1.** | **Előfordul-e néha, hogy elfelejti beszedni gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **2.** | **Az emberek néha nem veszik be gyógyszereiket, nem azért mert elfelejtik, hanem egyéb okokból kifolyólag. Az elmúlt két hetet átgondolva, volt-e olyan nap, amikor nem szedte be valamely gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **3.** | **Előfordult-e valaha is, hogy csökkentette vagy abbahagyta valamely gyógyszere szedését anélkül, hogy orvosát arról tájékoztatta volna, mivel rosszabbul érezte magát, amikor azt beszedte?** |  |  |
| **4.** | **Amikor elutazik, vagy elmegy otthonról, előfordul-e néha, hogy elfelejti magával vinni a gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **5.** | **Beszedte-e a megfelelő gyógyszerét/gyógyszereit tegnap?** |  |  |
| **6.** | **Amikor úgy érzi, hogy gyógyszere/gyógyszerei jól be vannak állítva, előfordul-e néha, hogy abbahagyja gyógyszere/gyógyszerei szedését?** |  |  |
| **7.** | **Komoly kellemetlenséget okoz néhány ember számára a mindennapi gyógyszerszedés. Előfordul-e, hogy gondot jelent Önnek az, hogy ragaszkodjon az Ön gyógyszerének/gyógyszereinek kezelési előírásához?** |  |  |

***Milyen gyakran okoz nehézséget az, hogy emlékezzen összes gyógyszere beszedésére?*** *(Tegyen x-et a megfelelő válasz alá, csak egy válasz jelölhető meg!)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Mindig** | **2. Gyakran** | **3. Néha** | **4. Ritkán** | **5. Soha** |
|  |  |  |  |  |

**Betegazonosító adatok:**

**Név:………………………………………………………. Kód:……………………...**

**Felvétel dátuma** (első alkalom, a közös gyógyszerelési áttekintés előtt): **…………év………………..hónap…….nap**

**Életkor:…………év**

**Iskolai végzettség:………………………………**

**Gyógyszerismeret meghatározási formanyomtatvány**

***Kérem, töltse ki az alábbi táblázatot a kérdések alatti oszlopokban, értelemszerűen minden folyamatosan szedett gyógyszerére vonatkozólag!***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kérem, sorolja fel az Ön által szedett **gyógyszerek nevét?** | Kérem, írja le, hogy milyen **hatáserősségben** kell szednie ezeket? (Hány mg?) | Kérem, írja le, hogy milyen **betegségre** szedi az egyes gyógyszereket? | Kérem, írja le, hogy **mikor és mennyit** kell szednie az egyes gyógyszerekből? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Betegazonosító adatok:**

**Név:………………………………………………………. Kód:……………………...**

**Felvétel dátuma** (utolsó alkalom)**: …………év………………..hónap…….nap**

***Egyes személyek több problémát neveztek meg gyógyszerszedési szokásaikkal kapcsolatban és kíváncsiak vagyunk az Ön tapasztalataira. Nincs jó vagy rossz válasz. Kérjük, válaszoljon minden egyes kérdésre a gyógyszerszedéssel kapcsolatos személyes tapasztalatai alapján!*** *(Tegyen x-et a megfelelő helyre!)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nem** | **Igen** |
| **1.** | **Előfordul-e néha, hogy elfelejti beszedni gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **2.** | **Az emberek néha nem veszik be gyógyszereiket, nem azért mert elfelejtik, hanem egyéb okokból kifolyólag. Az elmúlt két hetet átgondolva, volt-e olyan nap, amikor nem szedte be valamely gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **3.** | **Előfordult-e valaha is, hogy csökkentette vagy abbahagyta valamely gyógyszere szedését anélkül, hogy orvosát arról tájékoztatta volna, mivel rosszabbul érezte magát, amikor azt beszedte?** |  |  |
| **4.** | **Amikor elutazik, vagy elmegy otthonról, előfordul-e néha, hogy elfelejti magával vinni a gyógyszerét/gyógyszereit?** |  |  |
| **5.** | **Beszedte-e a megfelelő gyógyszerét/gyógyszereit tegnap?** |  |  |
| **6.** | **Amikor úgy érzi, hogy gyógyszere/gyógyszerei jól be vannak állítva, előfordul-e néha, hogy abbahagyja gyógyszere/gyógyszerei szedését?** |  |  |
| **7.** | **Komoly kellemetlenséget okoz néhány ember számára a mindennapi gyógyszerszedés. Előfordul-e, hogy gondot jelent Önnek az, hogy ragaszkodjon az Ön gyógyszerének/gyógyszereinek kezelési előírásához?** |  |  |

***Milyen gyakran okoz nehézséget az, hogy emlékezzen összes gyógyszere beszedésére?*** *(Tegyen x-et a megfelelő válasz alá, csak egy válasz jelölhető meg!)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Mindig** | **2. Gyakran** | **3. Néha** | **4. Ritkán** | **5. Soha** |
|  |  |  |  |  |

**Betegazonosító adatok:**

**Név:………………………………………………………. Kód:……………………...**

**Felvétel dátuma** (utolsó alkalom)**: …………év………………..hónap…….nap**

**Gyógyszerismeret meghatározási formanyomtatvány**

***Kérem, töltse ki az alábbi táblázatot a kérdések alatti oszlopokban, értelemszerűen minden folyamatosan szedett gyógyszerére vonatkozólag!***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kérem, sorolja fel az Ön által szedett **gyógyszerek nevét?** | Kérem, írja le, hogy milyen **hatáserősségben** kell szednie az egyes gyógyszereket? (Hány mg?) | Kérem, írja le, hogy milyen **betegségre** szedi az egyes gyógyszereket? | Kérem, írja le, hogy **mikor és mennyit** kell szednie az egyes gyógyszerekből? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |