

Mein Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt - Fragen und Antworten



Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Was mache ich mit diesem Heft?	Seite 4
Checkliste für das Gespräch: Das nehme ich zum Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt mit!	Seite 5
Vertrauensperson: Wer unterstützt mich am besten wobei?.....	Seite 6
Medikamente: Hier sammle ich alle wichtigen Informationen zu meinen Medikamenten.....	Seite 8
Allergien: Hier trage ich meine Allergien ein.....	Seite 18
Unverträglichkeiten: Ich habe diese Unverträglichkeiten.....	Seite 19
Schmerzen: Hier beschreibe ich meine Schmerzen	Seite 20

Fragen: Welche Fragen kann ich stellen?.....	Seite 34
Notizen: Während des Gesprächs machen meine Vertrauensperson und ich Notizen!.....	Seite 35
Ich fasse zusammen: So kann ich sicher gehen, dass ich richtig verstanden habe!.....	Seite 42
Was mir sonst noch wichtig ist: Das schreibe ich hier auf!.....	Seite 43
Impressum	Seite 44



Tipp!

Dieses Heft dient mir als Unterstützung vor, während und nach Gesprächen mit Personen im Gesundheitsbereich. Zum Beispiel mit meiner Ärztin oder meinem Arzt.

Dieses Heft beschreibe ich mit Bleistift. So kann ich es immer aktuell halten.

Ich stelle meiner Ärztin oder meinem Arzt Fragen, wenn etwas unklar ist! Ich darf so lange nachfragen, bis mir alles klar ist!

Checkliste für das Gespräch

Das nehme ich
immer mit:

- E-Card
- Notizblock & Stift
- Dieses Heft

Sofern notwendig,
nehme ich
Folgendes mit:

- Brille
- Hörgerät
- Vertrauensperson
- aktuelle Befunde
- Weitere Unterlagen
zum Beispiel
Impfpass, Allergiepass,
Gerinnungsausweis



Meine Vertrauens- person

**Ich habe das Recht, dass mich eine
Vertrauensperson begleitet!**

Was habe ich davon?

- + Vier Ohren hören mehr als zwei.
- + Ich fühle mich wohler, wenn meine Vertrauensperson dabei ist.
- + Sie kann während des Gesprächs Fragen stellen und Notizen machen.
- + Ich kann das Gehörte hinterher nochmal besprechen und meine Notizen ergänzen.
- + Sie hilft mir beim Ausfüllen des Heftes.
- + Sie hilft mir bei der Vorbereitung auf das Gespräch.



Darauf achte ich bei der Auswahl meiner Vertrauensperson:

- + Sie sollte gut zuhören können.
- + Sie sollte einen klaren Kopf bewahren können. Auch in emotional schwierigen Situationen.
- + Sie sollte mich in der Weise unterstützen können, wie ich es brauche. Und wie ich es mit ihr vorab besprochen habe.

Meine Medikamente

Ich informiere meine Ärztin oder meinen Arzt über die Medikamente, die ich derzeit regelmäßig oder bei Bedarf einnehme.

Dazu zählen:

- + Tabletten
- + Kapseln
- + Dragees
- + Sirup
- + Tropfen
- + Sprays
- + Salben
- + Pflaster
- + Injektionen
- + Infusionen
- + Zäpfchen



So merke ich mir meine Medikamente:

- + Ich erstelle eine Liste meiner Medikamente (Vorlagen ab Seite 12).
- + Ich fotografiere meine Medikamente mit dem Handy.
- + Ich nehme die Verpackungen meiner Medikamente mit.

Darauf achte ich:

- + Ich informiere auch über rezeptfreie Medikamente, pflanzliche Mittel und Nahrungs-Ergänzungsmittel.
- + Ich notiere auch die **Stärke**. Zum Beispiel in Milligramm: 100mg oder Milliliter: 100ml.
- + Ich notiere auch die **Dosierung** (Menge) der Medikamente, die ich über den Tag verteilt einnehme. Zum Beispiel morgens 1/2, mittags 0, abends 1 und nachts 0.

Meine Medikamenten- Liste

Wie fülle ich die Vorlage aus?

Seite 11 zeigt zwei Beispiele. Ab Seite 12 trage ich meine Medikamente mit Bleistift ein.

Wenn etwas unklar ist, frage ich nach:

- + Wozu soll ich dieses Medikament nehmen?
- + Benötige ich dieses Medikament noch?
- + Vertragen sich alle meine Medikamente oder soll ich etwas weglassen?



Tipp!

Fragen zu meinen Medikamenten trage ich ab Seite 36 ein!

Beispiele

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform	Medikament A, 100 mg, Tabletten			
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
	1/2	0	1	0
Grund der Einnahme	Bluthochdruck			
Anmerkung	Hier schreibe ich meine Anmerkung			

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform	Medikament B, 50 ml, Tropfen			
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
	10	0	0	0
Grund der Einnahme	Akute Schmerzen			
Anmerkung	Nur bei Bedarf, max. 20 Tropfen pro Tag			

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Name, Stärke [mg/ml], Verabreichungsform				
Dosierung (Menge)	morgens	mittags	abends	nachts
Grund der Einnahme				
Anmerkung				

Ich trage hier meine Allergien ein

Pollen-Allergie: _____

Tier-Allergie: _____

Medikamenten-Allergie: _____

Sonstige: _____

Bitte ankreuzen:

Ich habe <u>keine</u> Allergien	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Ich habe einen Allergiepass	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Ich habe diese Unverträglichkeiten

- Fructose (Fructose)
- Lactose (Lactose)
- Gluten (Gluten)
- Histamin

Sonstige: _____



Bitte ankreuzen:

Ich habe keine Unverträglichkeiten	
---	--

**Ich beschreibe
meine
Schmerzen!**

**Wenn ich Schmerzen habe, dann
beschreibe ich diese auf den folgenden
Seiten:**

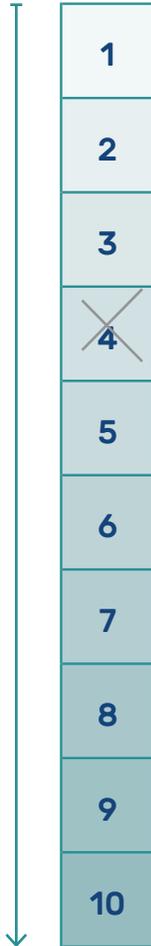
Ich kann jeden Schmerz auf 4 Seiten beschreiben.
Ich kann 3 verschiedene Schmerzen eintragen-
hintereinander!

Das Beispiel auf Seite 21 zeigt, wie ich die Stärke
und die Stelle des Schmerzes angebe.
Auf der Skala von 1 bis 10 markiere ich mit X,
wie stark ich den Schmerz empfinde (1 = sehr
geringer Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer
Schmerz); Auf dem Körper markiere ich mit X,
wo der Schmerz auftritt.

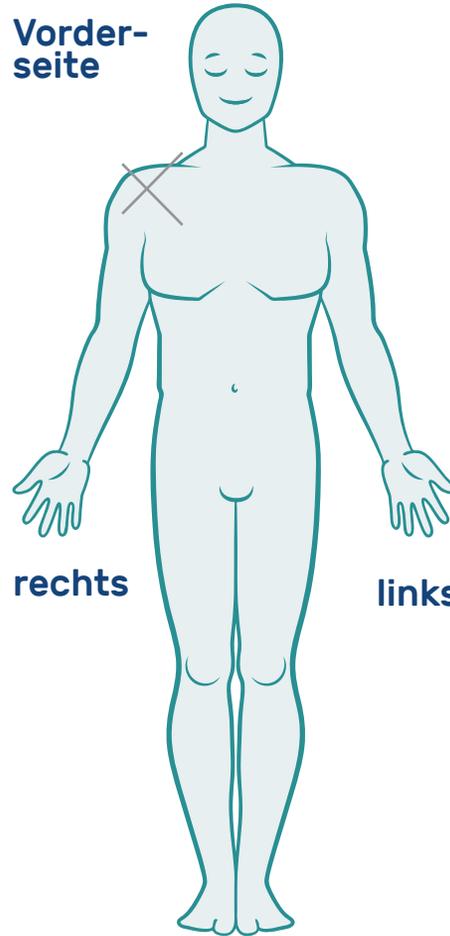
Beispiel

gering

stark

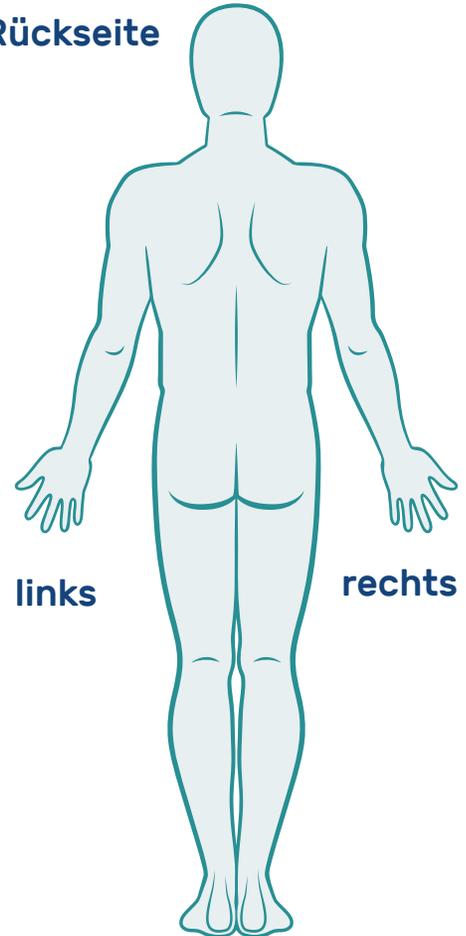


Vorderseite



rechts

Rückseite



links

links

rechts

Schmerz 1: _____

Hier trage ich nur **einen** Schmerz ein.

Schmerz 1 ist:

(Mehrere Antworten sind möglich)

stechend

dumpf

drückend

brennend

ziehend

krampfend

pulsierend

bohrend

Ich vermute, dass Schmerz 1 folgende Ursachen hat:

gering



1

2

3

4

5

6

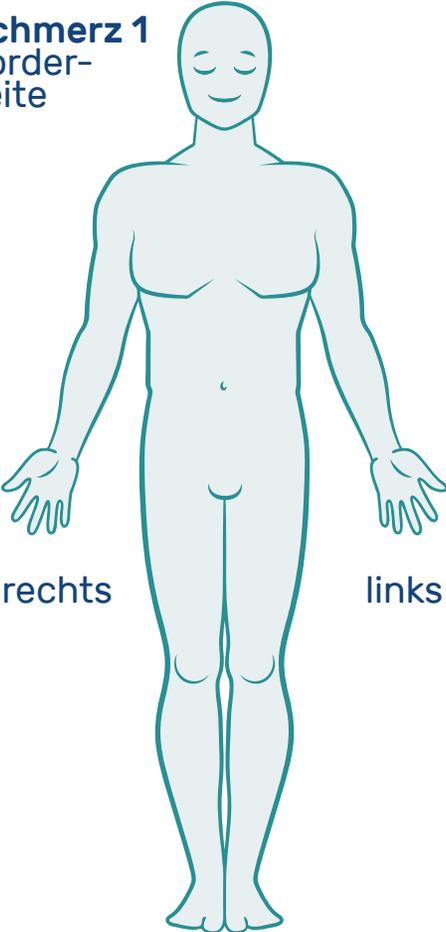
7

8

9

10

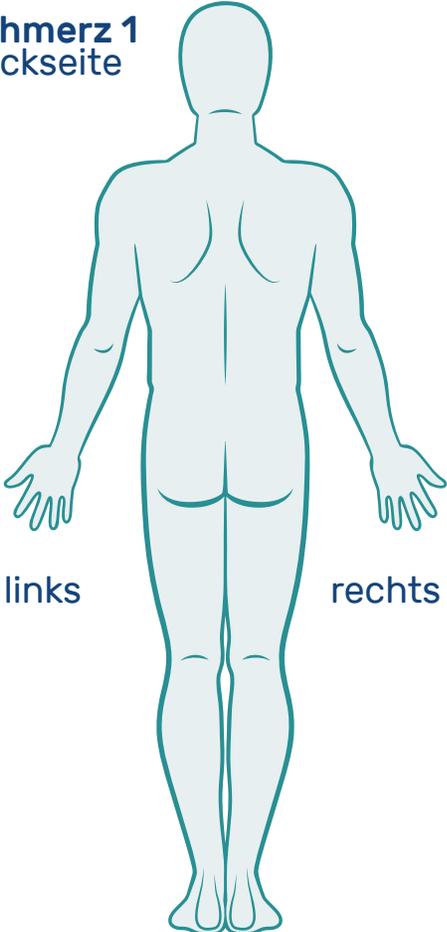
Schmerz 1
Vorder-
seite



rechts

links

Schmerz 1
Rückseite



links

rechts

stark

Schmerz 1 habe ich:

(Mehrere Antworten sind möglich)

- nach dem Aufstehen
- am späten Vormittag
- zu Mittag
- am Nachmittag
- am Abend
- nachts
- ständig
- immer anders (ist keinem genauen Zeitpunkt zuordenbar)

Weitere Anmerkungen:

Schmerz 1 wird ausgelöst oder stärker, wenn...

Das hat geholfen, Schmerz 1 zu lindern:

Das hat nicht geholfen, Schmerz 1 zu lindern:

Schmerz 2: _____

Hier trage ich nur **einen** Schmerz ein.

Schmerz 2 ist:

(Mehrere Antworten sind möglich)

stechend

dumpf

drückend

brennend

ziehend

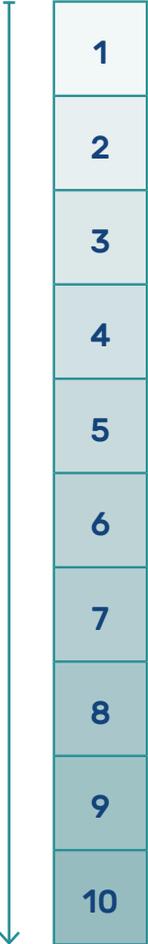
krampfend

pulsierend

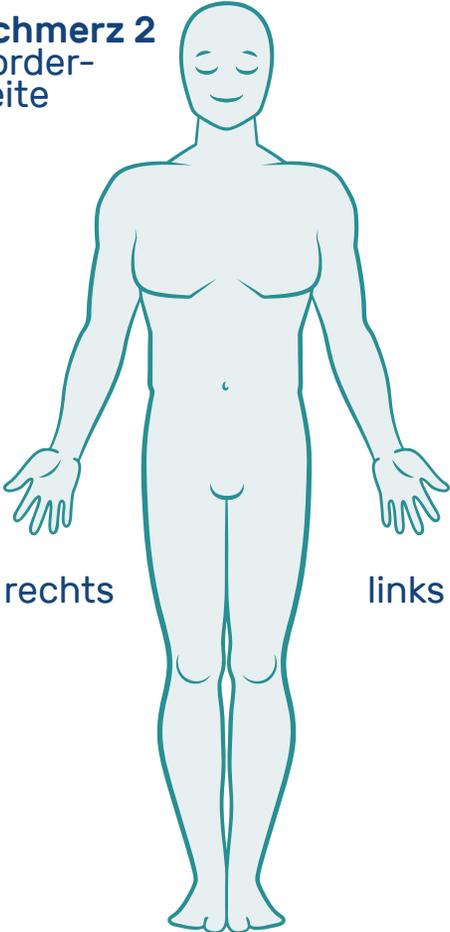
bohrend

Ich vermute, dass Schmerz 2 folgende Ursachen hat:

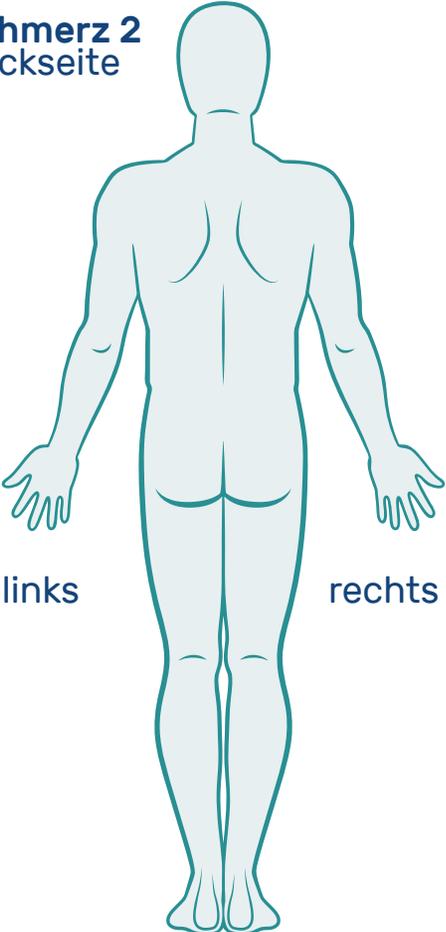
gering



Schmerz 2
Vorder-
seite



Schmerz 2
Rückseite



stark

Schmerz 2 habe ich:

(Mehrere Antworten sind möglich)

- nach dem Aufstehen
- am späten Vormittag
- zu Mittag
- am Nachmittag
- am Abend
- nachts
- ständig
- immer anders (ist keinem genauen Zeitpunkt zuordenbar)

Weitere Anmerkungen:

Schmerz 2 wird ausgelöst oder stärker, wenn...

Das hat geholfen, Schmerz 2 zu lindern:

Das hat nicht geholfen, Schmerz 2 zu lindern:

Schmerz 3: _____

Hier trage ich nur **einen** Schmerz ein.

Schmerz 3 ist:

(Mehrere Antworten sind möglich)

stechend

dumpf

drückend

brennend

ziehend

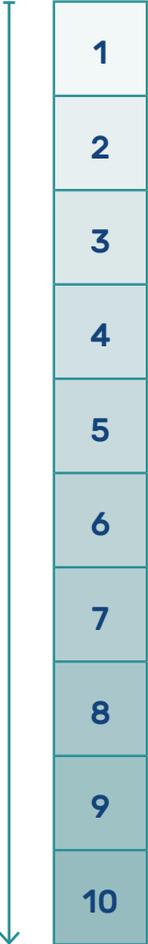
krampfend

pulsierend

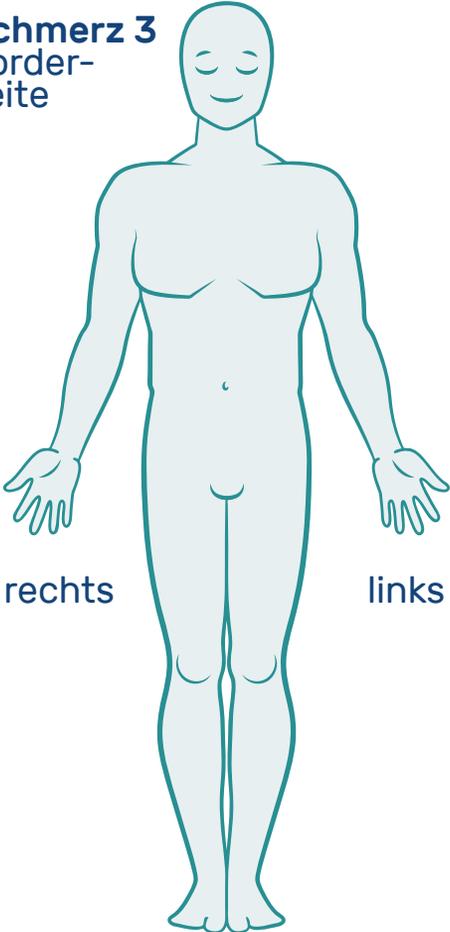
bohrend

Ich vermute, dass Schmerz 3 folgende Ursachen hat:

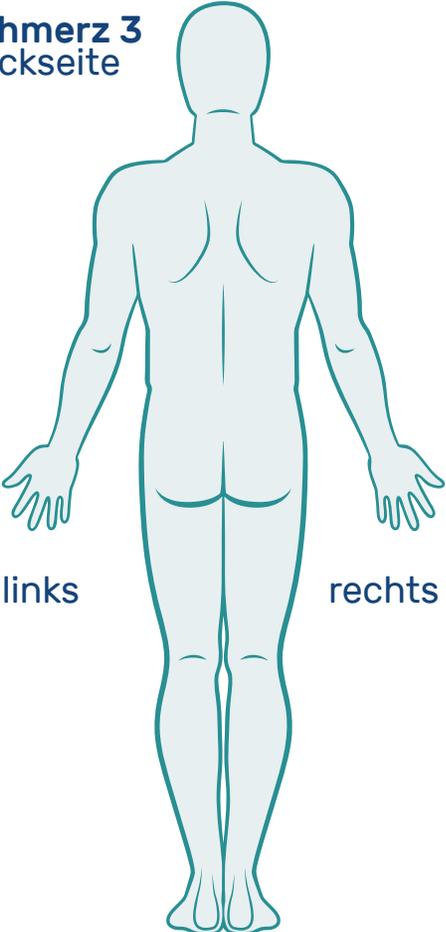
gering



Schmerz 3
Vorder-
seite



Schmerz 3
Rückseite



stark

Schmerz 3 habe ich:

(Mehrere Antworten sind möglich)

- nach dem Aufstehen
- am späten Vormittag
- zu Mittag
- am Nachmittag
- am Abend
- nachts
- ständig
- immer anders (ist keinem genauen Zeitpunkt zuordenbar)

Weitere Anmerkungen:

Schmerz 3 wird ausgelöst oder stärker, wenn...

Das hat geholfen, Schmerz 3 zu lindern:

Das hat nicht geholfen, Schmerz 3 zu lindern:

Meine Fragen

**Auf den nächsten
Seiten schreibe
ich meine Fragen
auf!**

**Das sind mögliche Fragen,
die ich stellen kann:**

- + Was habe ich?
- + Was sind mögliche Ursachen der Erkrankung?
- + Welche (anderen) Möglichkeiten der Untersuchung bzw. der Behandlung habe ich?
- + Was sind Nutzen und Risiken (Wechsel- und Nebenwirkungen) der verschiedenen Möglichkeiten?
- + Wie lang muss ich das Medikament einnehmen?
- + Was kann ich selbst tun?
- + Was passiert, wenn ich nichts tue?
- + Wo bekomme ich weitere Hilfe (zum Beispiel Hauskrankenpflege)?

Notizen

Während des Gesprächs machen meine Vertrauensperson und ich Notizen!



Tipp!

Im Gespräch bin ich vielleicht aufgeregt. Meine Notizen werden dann nützlich sein!

Warum mache ich mir Notizen?

Es ist kaum möglich, sich alle Informationen zu merken. Später brauche ich diese aber für eine gut informierte Entscheidung, die für mich passt!

Zu welchen Inhalten mache ich mir Notizen?

Ich frage alles, was ich auf Seite 36 bis 39 notiert habe. Die Antworten schreibe ich mit.

Was kann ich alternativ tun?

Wenn ich keine Notizen machen kann, bitte ich mein Gegenüber um Erlaubnis das Gespräch mit dem Smartphone aufzuzeichnen. Dann kann ich es zuhause in Ruhe anhören und das Wichtige niederschreiben.

Meine Fragen / Notizen (Beispiele Seite 34)

Frage 1: _____

Notiz zu Frage 1: _____

Frage 2: _____

Notiz zu Frage 2: _____

Meine Fragen / Notizen (Beispiele Seite 34)

Frage 3: _____

Notiz zu Frage 3: _____

Frage 4: _____

Notiz zu Frage 4: _____

Meine Fragen / Notizen (Beispiele Seite 34)

Frage 5: _____

Notiz zu Frage 5: _____

Frage 6: _____

Notiz zu Frage 6: _____

Meine Fragen / Notizen (Beispiele Seite 34)

Frage 7: _____

Notiz zu Frage 7: _____

Frage 8: _____

Notiz zu Frage 8: _____

Das hat meine Vertrauensperson gehört:

Das hat meine Vertrauensperson gehört:

Ich fasse in eigenen Worten zusammen

Wozu fasse ich in eigenen Worten zusammen?

So kann ich sicher gehen, dass ich richtig verstanden habe und mögliche Missverständnisse vermeiden.

Zum Beispiel so:

- + „Also, Sie meinen, dass ...“
- + „Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...“
- + „Wenn ich Sie jetzt richtig verstanden habe, dann empfehlen Sie mir, dass ...“
- + „Das heißt jetzt, ich soll ...“

Was mir sonst noch wichtig ist, und ich meiner/meinem Gesprächspartner*in mitteilen möchte:



Impressum

**Mein Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt -
Fragen und Antworten**

2. Auflage, September 2023

Entwicklung: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
und Gesundheitsfonds Steiermark

Herausgeber:

Gesundheitsfonds Steiermark, 8010 Graz



Download unter:

www.gesund-informiert.at/arztgesprach

Kostenfrei bestellbar unter: gfst@gfstmk.at | +43 (316) 877-5571

Layout und Gestaltung: www.gretadesignstudio.com



**GESUNDHEITSFONDS
STEIERMARK**

