



Bundesverband  
Glaukom-Selbsthilfe e.V.

**DOG**  
Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft



## Umfrage: Ihre Glaukom- Erkrankung und -Behandlung

Gemeinsam mit der Sektion Glaukom der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) haben wir, der Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V., einen Fragebogen zum Thema „Glaukom-Erkrankung und -Behandlung“ entworfen.

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage zu Ihrer Erkrankung und Therapie ist von entscheidender Bedeutung, um die Aufklärung und Behandlungsmöglichkeiten für Sie und zukünftige Patienten zu verbessern. Wir hoffen, durch die Erfassung von individuellen Erfahrungen und Einschätzungen ein umfassenderes Verständnis für die Bedürfnisse und Herausforderungen von Betroffenen zu erlangen und im Anschluss gezieltere Aufklärungs- und Behandlungsstrategien entwickeln zu können. Ihre aktive Beteiligung an Umfragen wie diesen trägt dazu bei, die Qualität der Versorgung zu verbessern und das Bewusstsein für die Erkrankung in der Gesellschaft zu fördern.

Wir würden uns daher sehr über Ihre Teilnahme freuen!

Gerne können Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen per Post, per Fax oder als E-Mail-Anhang senden an

### **Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.**

Märkische Straße 61

44141 Dortmund

Fax: 0231 58696417

[info@bundesverband-glaukom.de](mailto:info@bundesverband-glaukom.de)

Eine Teilnahme ist auch online möglich.  
Scannen Sie dafür einfach den QR-Code:



# Fragebogen

1 **Alter:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  m  w  d  keine Angabe

2 **Wie gut wurden Sie vom Arzt über die Diagnose Glaukom aufgeklärt?**  
           
0 Keine Aufklärung Vollständige Aufklärung 10

3 **Informationen zu welchen Stichpunkten / Fragen haben Sie vermisst:**  
\_\_\_\_\_

4 **Wo haben Sie sich, wenn Sie sich nicht ausreichend aufgeklärt fühlten, Informationen besorgt?**

<input type="checkbox"/> Zweitmeinung eines anderen Arztes	<input type="checkbox"/> Fachliteratur
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Patientenorganisation	<input type="checkbox"/> Andere Betroffene

5 **Wurden Sie ausreichend informiert, welche Therapie Sie anwenden sollen?**  
           
0 Keine Information Vollständige Information 10

6 **Wissen Sie, wie Sie Ihre Therapie anwenden müssen?**  
 Ja  Nein

7 **Wie stark sind Sie durch die Therapie / die Nebenwirkungen beeinträchtigt?**  
           
0 nicht beeinträchtigt stark beeinträchtigt 10

8 **Welche Nebenwirkungen beeinträchtigen Sie hauptsächlich?**  
\_\_\_\_\_

9 **Konnten Sie wegen der Nebenwirkungen mit dem Arzt eine Änderung der Therapie besprechen / vereinbaren?**  
 Ja  Nein

10 **Haben Sie Informationen über weitere Behandlungsmethoden (Laser-OP, MIGs, Operationen) erhalten?**  
 Ja  Nein