

# PATIENTENBEFRAGUNG ZUM PLASMAENGPASS

**Wir brauchen Ihre Erfahrungen! Die angegebenen Daten werden natürlich nur anonymisiert öffentlich verwendet. Für interne Rückfragen benötigen wir aber bitte Ihren Namen.**

**Wenn Sie es vorziehen, den Fragebogen anonym auszufüllen, geben Sie bitte dieses Blatt ohne Ihre Kontaktdaten ab.**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Angaben zur aktuellen Plasmaversorgung

	JA	NEIN
1, Sind Sie von dem Plasmaengpass betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2, Welches Präparat nehmen Sie? _____		
3, Haben Sie noch ausreichend Immunglobuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4, Wurden Sie auf ein anderes Präparat umgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5, Wenn ja, auf welches? _____		
6, Mussten Sie von subkutan auf intravenös wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7, Mussten Sie die Zeiträume der subkutanen Infusion strecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8, Für welchen Zeitraum erhalten Sie Rezepte? _____		
9, Für welche Menge erhalten Sie Rezepte? _____		
10, Platz für Ihre Ängste, Sorgen, sonstige Erfahrungen: _____ _____ _____		

**Bitte senden Sie uns dieses Formular per E-Mail oder Fax zurück.**

**E-Mail: [info@dsai.de](mailto:info@dsai.de) Fax: 08074/9734**