Ein Bild, das Text, Schrift, Rechteck, Logo enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie**

**Teilleistung (2) – Semistrukturiertes Folgegespräch**

* Checkliste
* Gesprächsleitfaden semistrukturiertes Folgegespräch

Stand: 26.01.2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | | | |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | | |
|  | | | |
| **Schritt** | | **Erledigt** | **Datum,**  **Verantwortliche Person** |
| Patient\*in anspruchsberechtigt | | 🞏 |  |
| Patient\*in angesprochen/informiert | | 🞏 |  |
| Folgegespräch vorbereitet (inkl. Terminerinnerung) | | 🞏 |  |
| **Folgegespräch** durchgeführt | | 🞏 |  |
| Erhalt der Teilleistung 2 quittiert | | 🞏 |  |
| Ggf. Rücksprache mit behandelndem/r Arzt/Ärztin erfolgt | | 🞏 |  |
| Folgegespräch dokumentiert | | 🞏 |  |
| Folgegespräch abgerechnet | | 🞏 |  |
|  | | | |
|  | | | |

* Checkliste
* Gesprächsleitfaden semistrukturiertes Folgegespräch

Mit den folgenden beispielhaften Fragen erfassen Sie die wichtigsten Informationen zur Bearbeitung: ­

# Ermittlung von Handhabungs- und Anwendungsproblemen

* *Wie wenden Sie das Arzneimittel an (z. B. wann, wie oft, mit/ohne Nahrung)?*
* *Wo lagern Sie ihr Arzneimittel (z. B. bei Raumtemperatur, im Kühlschrank)?*
* *Kommen Sie mit der Einnahme gut zurecht oder gab es dabei Schwierigkeiten?*
* *Wie leicht fällt Ihnen die regelmäßige Einnahme Ihres Krebsmedikaments?*
* *Ggf.: Jeder vergisst einmal etwas. Wie häufig ist es Ihnen passiert, dass Sie vergessen haben, Ihr Medikament einzunehmen?*

|  |
| --- |
| *Handhabungs- und Anwendungsprobleme:* |

# Erfassung von Nebenwirkungen, sonstigen Bedenken oder Sorgen

* *Haben Sie Beschwerden/Probleme, die Sie mit der Anwendung Ihres oralen Krebsmedikaments in Zusammenhang bringen?*
* *Wie haben Sie das Medikament vertragen? Sind Nebenwirkungen aufgetreten?*
* *Wenn ja: Welche Art der Beschwerden sind aufgetreten? Seit wann bestehen die Beschwerden? Bestehen sie aktuell noch?*
* *Haben Sie irgendwelche Bedenken oder Sorgen bezüglich der Therapie?*

|  |
| --- |
| *Hinweise zu Nebenwirkungen, sonstigen Bedenken oder Sorgen:* |

# Ggf. Förderung der Adhärenz

* Einnahmeplan
* Wecker
* Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Notizen:* |

# Ggf. Aushändigung und Erläuterung von Informationsmaterialien zur oralen Antitumortherapie

Wirkstoff-individuelle Materialien

* Arzneimittelmerkblatt
* Einnahmeplan

Wirkstoff-unabhängige Materialien

* Nebenwirkungsmerkblätter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Klärung offener Fragen/Notizen

|  |
| --- |
| *Fragen/Notizen:* |