Health Care Utilization-Fragebogen (HCU-Q)

Bitte beginnen Sie auf der nächsten Seite mit dem Ausfüllen des Fragebogens. Uns geht es darum, Ihre tatsächliche Inanspruchnahme medizinischer Gesundheitsleistungen zu erfassen. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen ehrlich, es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Als Orientierungshilfe, auf welche Zeiträume sich dieser Fragebogens bezieht, tragen Sie bitte zunächst in die erste Zeile der Tabelle die letzten 12 Monate ein (z.B. am 15.06.2017 in die Spalte ganz rechts Juni 2017 eintragen und dann zurück bis 15. Juni 2016). Um sich diese letzten 12 Monate zu vergegenwärtigen, tragen Sie bitte mit Hilfe Ihres persönlichen Kalenders auch einige Ereignisse (Urlaube, Feste/Feierlichkeiten, Ausflüge, Krankheiten…) in den untenstehenden Kalender ein, die Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens als Gedächtnisstütze dienen können.

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

1.) Haben Sie **in den letzten 12 Monaten ambulant** einen Arzt oder andere Fachrichtungen aufgesucht?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja →

Wenn ja, **wie häufig** haben Sie die folgenden Ärzte und Fachrichtungen in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?

Bitte tragen Sie eine 0 ein, wenn Sie einen Facharzt nicht in Anspruch genommen haben.

Bitte geben Sie Ihre stationären Aufenthalte bei Frage 2 sowie Ihre teilstationären Aufenthalte bei Frage 3 an!

		Wie oft in den letzten 12 Monaten?
01	Hausarzt, Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, hausärztlicher Internist	☐☐☐
02	Fachärztlicher Internist (z.B. Gastroenterologe, Proktologe, Kardiologe, Pneumologe)	☐☐☐
03	Frauenarzt / Gynäkologe	☐☐☐
04	Augenarzt	☐☐☐
05	Facharzt für Schmerztherapie	☐☐☐
06	Orthopäde	☐☐☐
07	Hals-Nasen-Ohrenarzt	☐☐☐
08	Nervenarzt, Psychiater, Neurologe	☐☐☐
09	Psychotherapeut	☐☐☐
10	Chirurg	☐☐☐
11	Arzt für Naturheilkunde	☐☐☐
12	Arzt für Homöopathie	☐☐☐
13	Hautarzt	☐☐☐
14	Röntgenarzt, Radiologe	☐☐☐
15	Urologe	☐☐☐
16	Werks-, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner	☐☐☐
17	Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Amtsarzt	☐☐☐
18	Zahnarzt	☐☐☐
19	Heilpraktiker	☐☐☐
20	Ambulante Behandlung im Krankenhaus (z.B. Notfallversorgung, OP-Nachsorge)	☐☐☐
21	Sonstiger Arzt:_____	☐☐☐

2.) Sind Sie **in den letzten 12 Monaten stationär** in einer Klinikabteilung behandelt worden?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja →

Wenn ja, **wie viele Nächte** waren Sie in den folgenden Klinikabteilungen stationär aufgenommen?

Bitte tragen Sie eine 0 ein, wenn Sie in einer Klinikabteilung nicht behandelt wurden.

		Wie viele Nächte in den letzten 12 Monaten?
01	Innere Medizin (z.B. Gastroenterologie, Proktologie, Kardiologie, Pneumologie, Endokrinologie)	☐☐☐
02	Gynäkologie	☐☐☐
03	Augenklinik	☐☐☐
04	Zahn-/Kieferklinik	☐☐☐
05	Orthopädie	☐☐☐
06	Hautklinik	☐☐☐
07	Hals-Nasen-Ohren-Klinik	☐☐☐
08	Radiologie	☐☐☐
09	Urologie	☐☐☐
10	Chirurgie	☐☐☐
11	Neurologie/ Psychiatrie/ Psychosomatik	☐☐☐
12	Rehaklinik	☐☐☐
13	Sonstige Klinik, und zwar: _____	☐☐☐

3.) Sind Sie **in den letzten 12 Monaten teilstationär** in einer Klinikabteilung (Behandlung tagsüber, Nacht wird zuhause verbracht) behandelt worden?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja →

Wenn ja, **wie viele Tage** waren Sie in den folgenden Klinikabteilungen teilstationär aufgenommen?

Bitte tragen Sie eine 0 ein, wenn Sie in einer Klinikabteilung nicht behandelt wurden.

		Wie viele Tage in den letzten 12 Monaten?
01	Psychosomatische Tagesklinik	☐☐☐
02	Psychiatrische Tagesklinik	☐☐☐
03	Neurologische Tagesklinik	☐☐☐
04	Internistisch-diagnostische Tagesklinik	☐☐☐
05	Teilstationäre Rehabilitationsklinik	☐☐☐
06	Sonstige Tagesklinik, und zwar: _____	☐☐☐

4.) Haben Sie **in den letzten 12 Monaten alternative Heilmethoden** in Anspruch genommen?
Bitte geben Sie homöopathische oder naturheilkundliche Arzneimittel erst bei Frage 8 an!

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja →

Wenn ja, **wie häufig** haben Sie die folgenden Verfahren alternativer Heilmethoden in Anspruch genommen? Mit **welchen Kosten** war das **für Sie persönlich** verbunden?

Bitte tragen Sie in beide Spalten eine 0 ein, wenn Sie ein Verfahren nicht in Anspruch genommen haben und dieses daher mit keinen Kosten für Sie verbunden war.

		Wie oft in den letzten 12 Monaten?	**Kosten insg. (privat), in Euro**
01	Akupunktur	☐☐☐	☐☐☐
02	Osteopathie	☐☐☐	☐☐☐
03	Klassische Naturheilverfahren (z.B. Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Ordnungstherapie)	☐☐☐	☐☐☐
04	Sonstige, und zwar: _____	☐☐☐	☐☐☐

5.) Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** andere **Leistungen des Gesundheitssystems** in Anspruch genommen?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja → Wenn ja, **wie häufig** haben Sie die folgenden Leistungen in Anspruch genommen? Mit **welchen Kosten** war das **für Sie persönlich** verbunden?

Bitte tragen Sie in beide Spalten eine 0 ein, wenn Sie eine Leistung nicht in Anspruch genommen haben und diese daher mit keinen Kosten für Sie verbunden war.

		Wie oft in den letzten 12 Monaten?	Kosten insg. (privat), in Euro
01	Krankengymnastik, Physiotherapie	☐☐☐	☐☐☐
02	Massagen	☐☐☐	☐☐☐
03	Fortbildungskurse (zu Entspannung, Ernährung, Bewegung)	☐☐☐	☐☐☐
04	Medizinische Fußpflege	☐☐☐	☐☐☐
05	Sonstige, und zwar: _____	☐☐☐	☐☐☐

6.) Haben Sie sich **in den letzten 12 Monaten medizinische Hilfsmittel** angeschafft?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja → Wenn ja, **mit welchen Kosten** war die Anschaffung der folgenden Hilfsmittel **für Sie** verbunden?

Bitte tragen Sie eine 0 ein, wenn Sie sich ein Hilfsmittel nicht angeschafft haben und dieses daher mit keinen Kosten für Sie verbunden war.

		Wie oft in den letzten 12 Monaten?	Kosten insg. (privat), in Euro
01	Rollstühle	☐☐☐	☐☐☐
02	Bandagen	☐☐☐	☐☐☐
03	Inhalationsgeräte	☐☐☐	☐☐☐
04	Gymnastikbälle	☐☐☐	☐☐☐
05	Spezialmatratzen	☐☐☐	☐☐☐
06	Sonstige, und zwar: _____	☐☐☐	☐☐☐

7.) Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten **arbeitsunfähig/ krank geschrieben** oder konnten Ihren normalen Haushaltstätigkeiten nicht mehr nachgehen?

☐☐☐ Tage

8.) Haben Sie in den **letzten 4 Wochen Medikamente** eingenommen (Insulin, Antibabypille, homöopathische und naturheilkundliche Arzneimittel mitgerechnet)?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja → Wenn ja, lesen Sie sich bitte die folgenden Ausfüllhinweise genau durch und tragen Sie die Angaben (soweit vorhanden) in der nachfolgenden Tabelle ein.



1. Arzneimittelname

2. Packungsgröße



3. PZN-Nummer
(meist auf einer der Seiten der Verpackung zu finden)

1. Arzneimittelname (inkl. Dosis in mg)	**2. Packungsgröße** Bitte ankreuzen **N1**	**N2**	**N3**	**3. PZN-Nummer**	**4. Dosis** Menge pro Tag und Darreichungsform	**5. Einnahme seit** Monat/Jahr	**6.Bedarfsmedikation** Bitte ankreuzen **ja**	**nein**
Modalan Plus 400mg		X		/3/8/6/1/2/4/6/	1 Tablette täglich	11/2016		X
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				
				/_/_/_/_/_/_/_/				

9.) Gibt es Lebensereignisse oder Krankheiten, die beim Auswerten Ihres Fragebogens berücksichtigt werden müssen?

☐ 0 Nein

☐ 1 Ja → ☐ Schwangerschaft
☐ Vorübergehende Erkrankung (z.B. Erkältung)
☐ Sportverletzung
☐ Sonstige, und zwar _____

10.) Wie sind Sie krankenversichert?

☐ Gesetzliche Krankenversicherung
☐ Beihilfe und private Krankenversicherung (Beamtenstatus)
☐ Private Krankenversicherung
☐ keine Krankenversicherung

11.) Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

_____