



## Fragebogen

Bitte ausfüllen und an folgende Adresse zurückschicken:

Universitäts-Augenklinik  
Abteilung Orthoptik  
Ernst-Abbe-Str. 2  
z.H. Frau Prof. Dr. med. B. Wabbels

53127 Bonn

Bei Ihnen besteht ein:

Blepharospasmus (beide Augen/Seiten betroffen)

Hemispasmus facialis (ein Auge/Seite betroffen)

Bitte verraten Sie uns Ihr Alter und Geschlecht.

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: m:  w:

A. Wurden Sie in der Vergangenheit bereits mit Botulinumtoxin behandelt?

Ja:  Nein:

Wenn ja, wo und wann war die letzte Behandlung:

Einrichtung: \_\_\_\_\_ Letzte Behandlung: \_\_\_\_\_

Falls Sie noch nie mit Botulinumtoxin behandelt wurden, bitte direkt unter Punkt D fortfahren.

B. Welche Gründe waren die Ursache, dass Sie die Behandlung mit Botulinumtoxin nicht mehr fortgesetzt haben? (Mehrfachnennungen möglich)

1. Befundbesserung, sodass keine weitere Behandlung mehr benötigt wird.
2. Umzug bzw. Wohnsitzwechsel.
3. Schwierigkeiten mit der An- und Abreise.
4. Mangelnde Wirkung der Botulinumtoxin-Injektionen.
5. Nebenwirkungen bzw. Komplikationen nach Botulinumtoxin-Injektionen.
6. Zu häufige Injektionen notwendig.
7. Anderweitige Erkrankungen, die eine Weiterbehandlung unmöglich machen.
8. Mein bisheriges Behandlungszentrum bietet keine Behandlung mit Botulinumtoxin mehr an.
9. Behandlung wegen bzw. im Rahmen der Corona-Pandemie nicht weiter fortgesetzt.
10. Kein spezieller Grund.
11. Sonstige Gründe, bitte angeben:

---

Welcher der oben genannten Gründe war der Hauptgrund?

Nummer: \_\_\_\_\_

Falls mehr als ein Grund bestand, welches war der zweitwichtigste Grund?

Nummer: \_\_\_\_\_

C. Bitte vergeben Sie der letzten Behandlungseinrichtung Schulnoten von 1 („sehr gut“) bis 6 („ungenügend“) bzgl. einer Gesamtbewertung.

Note: \_\_\_\_\_

D. Was könnte Sie unter Umständen dazu motivieren, die Behandlung mit Botulinumtoxin (wieder) aufzunehmen? (Mehrfachnennungen möglich)

1. Bessere Information über die Therapiemöglichkeiten.
2. Umfangreichere Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen.
3. Mehr Zeit, um mögliche Ängste und Sorgen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten zu besprechen.
4. Angebote zur psychischen Unterstützung wie z.B. Selbsthilfegruppen, ärztliche Gespräche usw.
5. Weniger Wechsel der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte.
6. Unterstützung bei der An- und Abreise.
7. Geringere Wartezeiten.
8. Besser erreichbares Behandlungszentrum.
9. Sonstiges:

---

E. Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen in Bezug auf Ihre Lidkrämpfe, indem Sie an entsprechender Stelle einen senkrechten Strich einzeichnen.

**Allgemeine Bewertung (Lidkrämpfe)**

beschwerdefrei Leide extrem

|-----|

0% 100%

**Lesen:**  trifft für mich nicht zu

keine Einschränkung aufgrund der Erkrankung nicht möglich

|-----|

0% 100%

**Auto fahren:**  trifft für mich nicht zu

keine Einschränkung aufgrund der Erkrankung nicht möglich

|-----|

**fernsehen:**  trifft für mich nicht zu

keine Einschränkung aufgrund der Erkrankung nicht möglich

|-----|

0% 100%

**inkaufen:**  trifft für mich nicht zu

keine Einschränkung aufgrund der Erkrankung nicht möglich

|-----|

0% 100%

**Alltägliche Aktivitäten ausführen:**

keine Einschränkung aufgrund der Erkrankung nicht möglich

|-----|

0% 100%

**Etwas zu Fuß unternehmen (Spazieren gehen):**

trifft für mich nicht zu

keine Einschränkung

aufgrund der Erkrankung nicht möglich



**Sie fühlen sich depressiv:**

trifft nicht zu

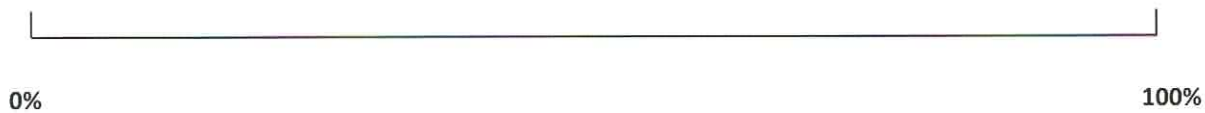
trifft vollkommen zu



**Sie vermeiden Augenkontakt:**

trifft nicht zu

trifft vollkommen zu



**Sie schämen sich aufgrund Ihres Zustandes:**

trifft nicht zu

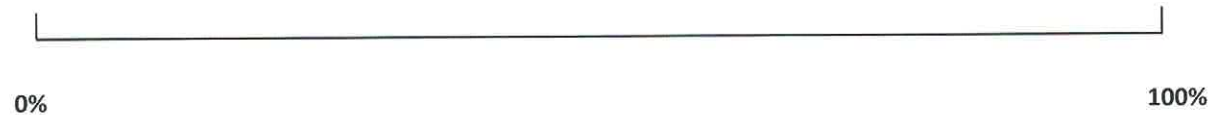
trifft vollkommen zu



**Sie sind besorgt über die Reaktion anderer auf Sie:**

trifft nicht zu

trifft vollkommen zu



**Ihren generellen Gesundheitszustand schätzen Sie ein als:**

extrem schlecht

sehr gut



F. Auf welche Art sind Sie zu Ihrer letzten Behandlungseinrichtung angereist?

1. Privat mit dem PKW (Sie fahren selbst).
2. Privat von einer anderen Person gefahren.
3. ÖPNV (Bus, Bahn): 
  - 3.1. Alleine
  - 3.2. Mit Begleitperson
4. Taxi.

G. Wie lange war ca. Ihre Anreisedauer zu Ihrer letzten Behandlungseinrichtung?

1. Weniger als 30 Minuten.
2. Zwischen 30 Minuten und 1 Stunde.
3. Mehr als 1 Stunde.
4. Mehr als 2 Stunden.
5. Mehr als 3 Stunden.



H. Falls Sie bisher noch nie behandelt wurden, was war hierfür der Grund?

1. Kein Zentrum in der Nähe bzw. erreichbar.
2. Keine Notwendigkeit einer Behandlung.
3. Sorgen wegen fehlender Wirkung.
4. Sorgen wegen möglicher Nebenwirkungen.
5. Sonstige Gründe, bitte angeben:

---

I. Wären Sie bereit, dass wir Sie für evtl. Rückfragen telefonisch kontaktieren? Dann geben Sie bitte hier Ihre Telefonnummer an: \_\_\_\_\_

J. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

---

---

---

---

---

---

---

---

