

GASE-P: Generic Assessment of Side Effects
Patientenversion Medikamentennebenwirkungen

Bitte schätzen Sie ein, in wie weit die folgenden Beschwerden bei Ihnen **in den letzten 7 Tagen** auftraten. Bitte schätzen Sie die **Intensität der Beschwerden** ein, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen. Die Bedeutung der Zahlen wird im Folgenden kurz beschrieben. Bitte schätzen Sie zusätzlich ein, ob Sie vermuten, dass aufgetretene körperliche Beschwerden auf die eingenommenen Medikamente zurück zu führen sind oder nicht.

0 = Beschwerde nicht aufgetreten

1 = leicht: Beschwerde verursacht leichtes Unwohlsein, aber keinerlei Beeinträchtigung im Alltag

2 = mittel: verursacht Unwohlsein und Leidensdruck und beeinträchtigt (wenigstens leicht) das Funktionieren im Alltag

3 = schwer: starkes Unwohlsein und Leidensdruck, starke Beeinträchtigung im Alltag *oder* Gefahr für die Gesundheit durch die Beschwerde

Bei Unsicherheit versuchen Sie bitte, sich trotzdem für eine Antwort- im Sinne einer Tendenz- zu entscheiden!

In den letzten 7 Tagen litt ich unter folgenden Beschwerden:

Beschwerden	Intensität				Führen Sie die Beschwerden auf das eingenommene Medikament zurück?	
	Nicht vorh. – leicht – mittel - schwer					
Kopfschmerzen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarausfall	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundtrockenheit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwindel, Benommenheit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen in der Brust	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrasen oder Herzstolpern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemschwierigkeiten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislaufschwierigkeiten, niedriger Blutdruck	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übelkeit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erbrechen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verstopfung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchfall	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesteigerter Appetit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Probleme beim Wasserlassen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Probleme im Sexualbereich, Genitalbereich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Frauen: Menstruationsbeschwerden oder - unregelmäßigkeiten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautausschlag oder Juckreiz	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhte Neigung zu blauen Flecken	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieber, erhöhte Temperatur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vermehrtes Schwitzen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hitzewallungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Krampfanfälle	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Erschöpfung, Antriebslosigkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Zittern	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Schlafstörungen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Alpträume	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Rückenschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Muskelschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Gelenkschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Innere Unruhe	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Reizbarkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Niedergeschlagenheit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Ängstlichkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Weitere Beschwerden (bitte benennen):			
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein

For Non-Commercial Use Only