

## **Abschluss Bericht**

### **Ergebnisse des Anwendungstest SenSura Mio Konvex**

Test SenSura Mio Konvex (1-teilig und 2-teilig) in den Vertriebsbereichen  
Krankenhaus und Homecare und Bewertung im Vergleich zur bisherigen Versorgung

## Inhalt

|        |                                                                                                    |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|        | Vorbemerkung                                                                                       | 3  |
| 1      | Einleitung                                                                                         | 3  |
| 2      | Methode                                                                                            | 3  |
| 3      | Auswertung                                                                                         | 4  |
| 4      | Ergebnisse                                                                                         | 4  |
| 4.1    | Basisdaten                                                                                         | 4  |
| 4.2    | Bewertung SenSura Mio Konvex                                                                       | 5  |
| 4.2.1  | Konvexe Eigenschaften                                                                              | 5  |
| 4.2.2  | Bewertung Sicherheit, Komfort, Flexibilität, Hervorheben Stoma und Anpassungsfähigkeit Basisplatte | 6  |
| 4.2.3  | Filtereigenschaften                                                                                | 6  |
| 4.2.4  | Textileigenschaft Beutelstoff                                                                      | 7  |
| 4.2.5  | Click Kopplung                                                                                     | 7  |
| 4.2.6  | Allgemeine Zufriedenheit                                                                           | 8  |
| 4.3    | Vergleich der Bewertung der bisherigen Versorgung mit SenSura Mio Konvex                           | 8  |
| 4.3.1  | Ungeplante Versorgungswechsel                                                                      | 8  |
| 4.3.2  | Zubehör                                                                                            | 11 |
| 5      | Abschluss Bewertung                                                                                | 12 |
| 5.1    | Bewertung von SenSura Mio Konvex                                                                   | 12 |
| 5.2    | Weiterverwendung und Weiterempfehlung                                                              | 13 |
| 6      | Zusammenfassung                                                                                    | 14 |
| Anhang | Fragebogen                                                                                         | 15 |
|        | Fragebogen 1-teilig                                                                                |    |
|        | Fragebogen 2-teilig                                                                                |    |

## Vorbemerkung

Beobachtungsstudien erfassen systematisch Erkenntnisse, die Ärzte-, Pflegefachkräfte, Stoma Therapeutinnen und Stoma Therapeuten, bei der Anwendung einer Stomaversorgung machen. Sie dienen damit der Kontrolle von Qualität, Funktionstauglichkeit und therapeutischem Nutzen.

Dies ist insbesondere bei der Einführung neuer Versorgungskonzepte und Produkte von besonderer Bedeutung, da hier die systematische Erfassung von Nutzen, möglichen Risiken und praktische Anwendungshinweise von besonderer Bedeutung sind.

## 1 Einleitung

Coloplast A/S (Humblebaek, Dänemark) hat weltweit im Zeitraum von Juni bis Dezember 2015 bei über 3.500 Anwender und mit 270 Pflegekräften aus 10 Ländern eine Anwenderbefragung zu SenSura Mio Konvex durchgeführt. In Deutschland wurde die Befragung bei Neupatienten und Patienten aus der Community durchgeführt. In Deutschland nahmen 518 Studienteilnehmer an der Anwenderbefragung teil. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Befragung von Anwendern in Deutschland.

## 2 Methode

Die Befragung erfolgte mittels eines strukturierten Fragebogen, in dem Fragen zur bisherigen Versorgung und Fragen nach einem 4-wöchigen Test mit SenSura Mio Konvex zum Testprodukt gestellt wurden (siehe Fragebogen im Anhang). Die Befragung erfolgte im Krankenhaus (2-teilige Versorgung), und außerklinisch (1-teilige und 2-teilige Versorgung). Insgesamt erhielten wir 789 Fragebogen zurück. In der Auswertung konnten für die 2-teilige Versorgung 326 Datensätze zur bisherigen Versorgung und 267 Datensätze zur Bewertung von SenSura Mio Konvex verwendet werden. Für die 1-teilige Versorgung wurden je 251 Datensätze zur bisherigen und zum Test mit SenSura Mio Konvex verwendet. Ausgeschlossen wurden unvollständig ausgefüllte Fragebögen

Testprodukte:

Krankenhaus:

- 2-teilig SenSura Mio Konvex
- 2-teilig SenSura Mio Konvex Light
- Offen und geschlossen

Außerklinisch:

- 1-teilig SenSura Mio Konvex Light
- 1-tlg SenSura Mio Konvex Light Soft
- offen und geschlossen
- 2-teilig SenSura Mio Konvex
- 2-teilig SenSura Mio Konvex Light
- Offen und geschlossen

## 3 Auswertung

Das Testdesign erlaubt es nicht Ergebnisse der 1-teiligen- und 2-teiligen Versorgung in allen Fragestellungen miteinander zu vergleichen. Für wesentliche Fragestellungen, wie

Verwendung von Zubehör, Häufigkeit und Ursache ungeplanter Versorgungswechsel ist dies jedoch möglich.

Die Fragebögen wurden eingescannt und in Excel aufbereitet und ausgewertet. Es erfolgte keine statistische Analyse.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Basisdaten

An der Befragung nahmen nahezu gleich viele Kolo- und Ileostomaträger teil. Mit 56% war die 2-teilige Versorgung etwas häufiger als die 1-teilige vertreten. Die überwiegende Mehrzahl der bisherigen Versorgung kamen von Coloplast, Hollister und Dansac (Abbildung 1).

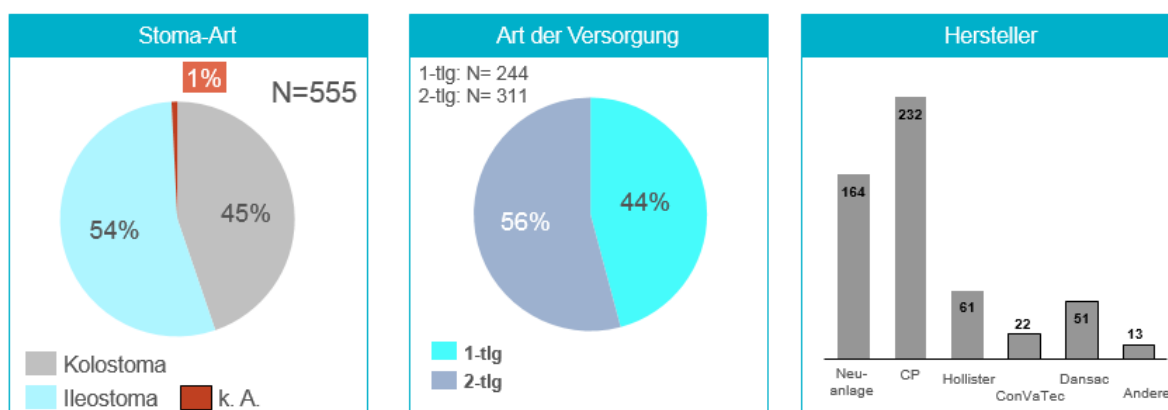


Abbildung 1: Art des Stoma, Art der Versorgung und Hersteller der bisherigen Versorgung.

Die Merkmale der stomaumgebenden Bauchregion (Abbildung 2) zeigen keine signifikanten Abweichungen zu den Häufigkeiten aus der Praxis berichtet werden.

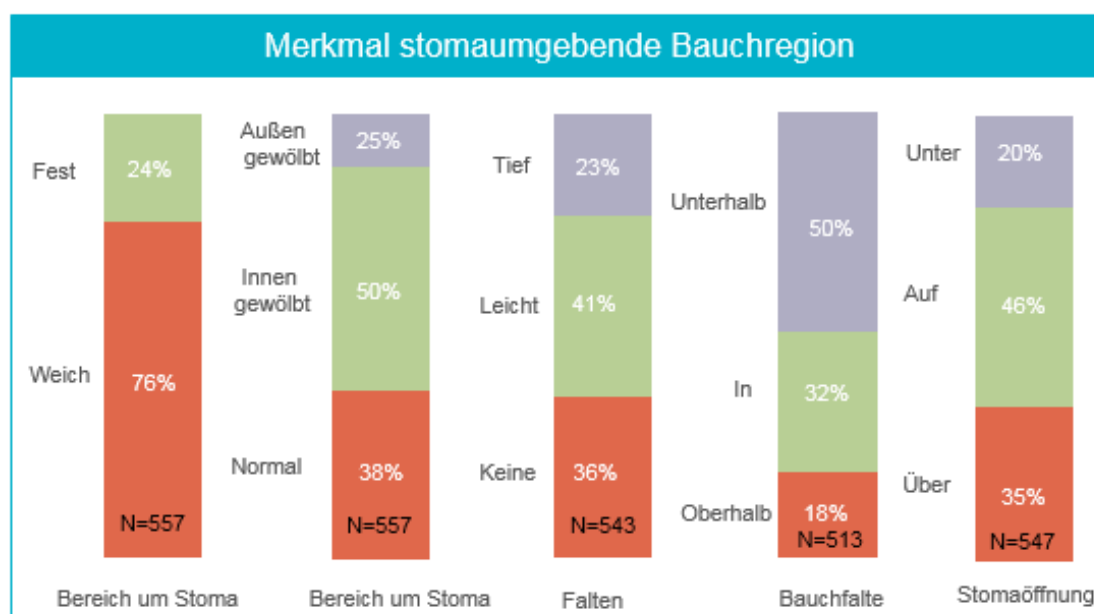


Abbildung 2: Merkmale der stomaumgebenden Bauchregion. Die Prozentwerte addieren sich nicht auf 100%, da Mehrfachnennung möglich war.

## 4.2 Bewertung SenSura Mio Konvex

### 4.2.1 Konvexe Eigenschaften

Vor Testbeginn gaben knapp 20% der Stomaträger ein Sicherheitsgefühl als Grund für die Wahl ihrer konvexen Versorgung an. Falten im Bereich des Stomas (30%), Verstärkung für das Stoma (23%) und Undichtigkeiten (24%) waren jedoch die am häufigsten genannten Gründe (Abbildung 3).

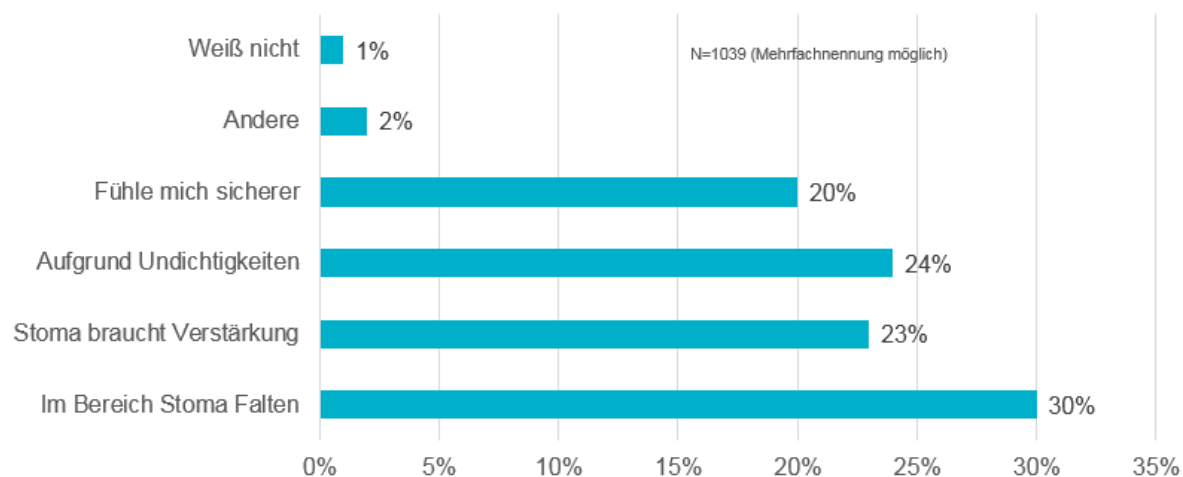


Abbildung 3: Gründe für Verwendung einer gewölbten (konvexen) Stomaversorgung.

### 4.2.2 Bewertung Sicherheit, Komfort, Flexibilität, Hervorheben Stoma und Anpassungsfähigkeit Basisplatte

Bei den anwenderrelevanten Produkteigenschaften wird SenSura Mio Konvex sehr gut bewertet: Die Bewertungen mit sehr gut/gut liegen im Bereich 79%-88%.

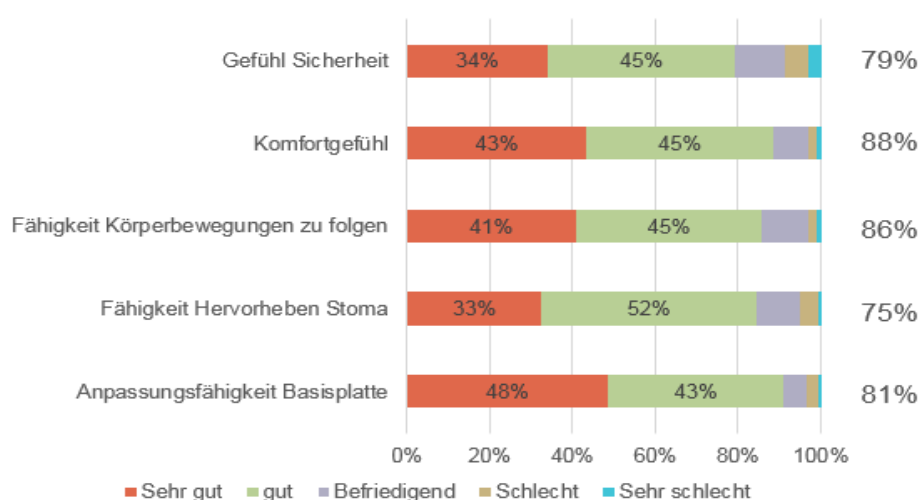


Abbildung 4: Die Bewertung der Produkteigenschaften Sicherheit, Komfort, Flexibilität, Hervorheben Stoma und Anpassungsfähigkeit Basisplatte von SenSura Miro Konvex (1-teilig und 2-teilig).

### 4.2.3 Filtereigenschaften

Die Bewertung der Eigenschaften des Filters erfolgte anhand des Kriteriums „Fähigkeit ein Aufblähen des Beutels zu reduzieren“ und anhand „der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Filter“. Die Bewertung erfolgte jeweils anhand der 5-stufigen Skala sehr gut, gut, befriedigend, schlecht und sehr schlecht.

Die Filtereigenschaft wurde dabei jeweils in 75% bzw. 80% mit sehr gut/gut bewertet (Abbildung 5).

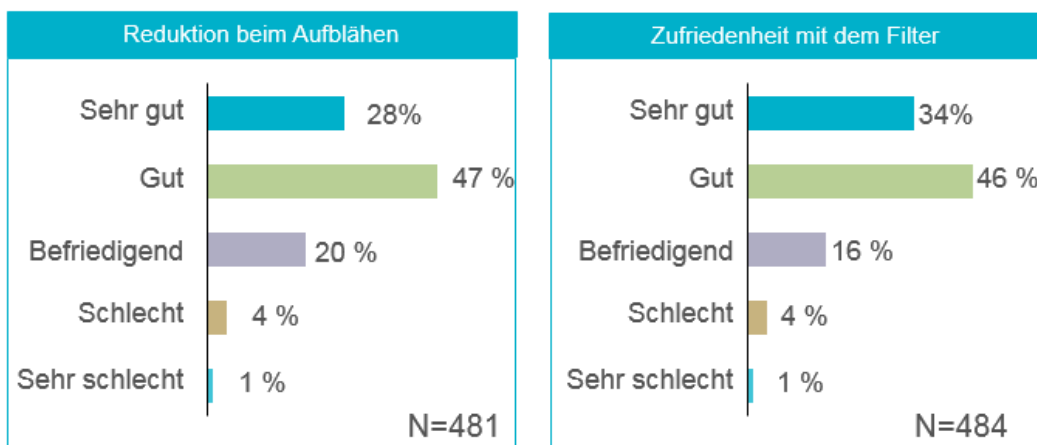


Abbildung 5: Bewertung der Filtereigenschaft von SenSura Mio Konvex (1- und 2-teilig).

### 4.2.4 Textileigenschaft Beutelstoff

Die Textileigenschaft des Beutelstoffes wurde anhand der Frage nach dem Tragegefühl beurteilt. 93% bewerteten das Tragegefühl mit sehr gut bzw. gut (Abbildung 6).

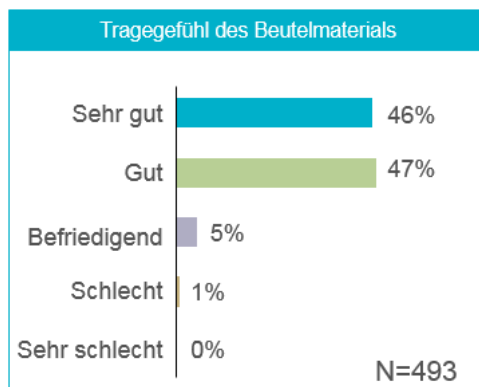


Abbildung 6: Bewertung der Textileigenschaft des Beutels von SenSura Mio Konvex (1- und 2-teilig).

#### 4.2.5 Click Kopplung

Die Click-Kopplung der 2-teiligen Versorgung wurde hinsichtlich Handhabung, Flexibilität und Einfachheit von jeweils rund 70% mit sehr gut bzw. gut bewertet (Abbildung 7).

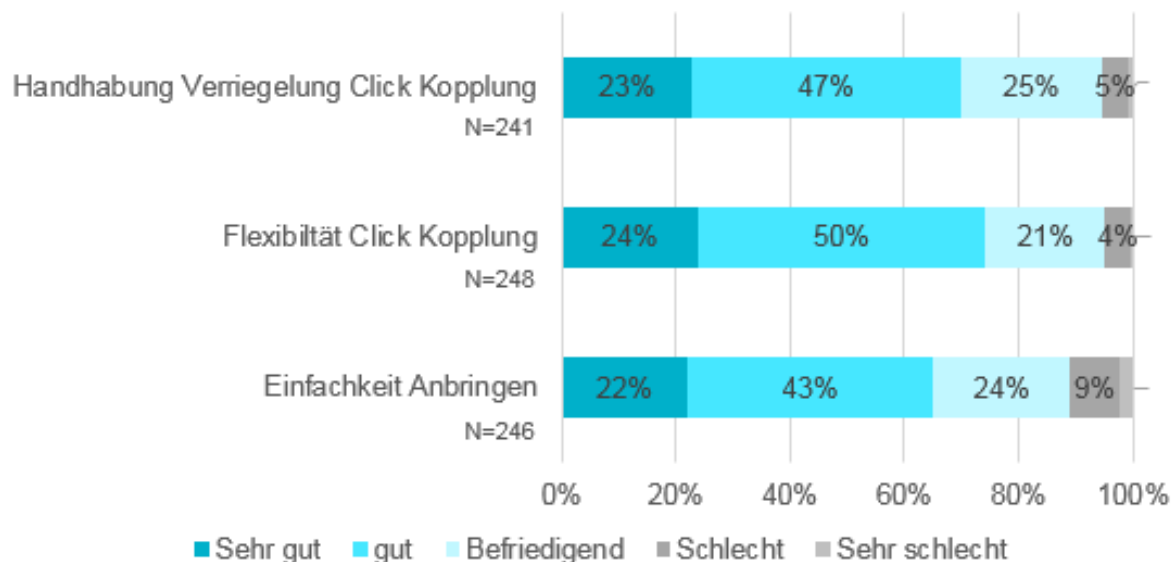


Abbildung 7: Bewertung der Click-Kopplung von SenSura Mio Konvex (2-teilig).

#### 4.2.6 Allgemeine Zufriedenheit

Die allgemeine Zufriedenheit mit SenSura Mio Konvex 1-teilig ist vergleichbar mit der von SenSura Mio Konvex 2-teilig. 81 % der Teilnehmer bewerten SenSura Mio konvex mit sehr gut bzw. gut (Abbildung 8).

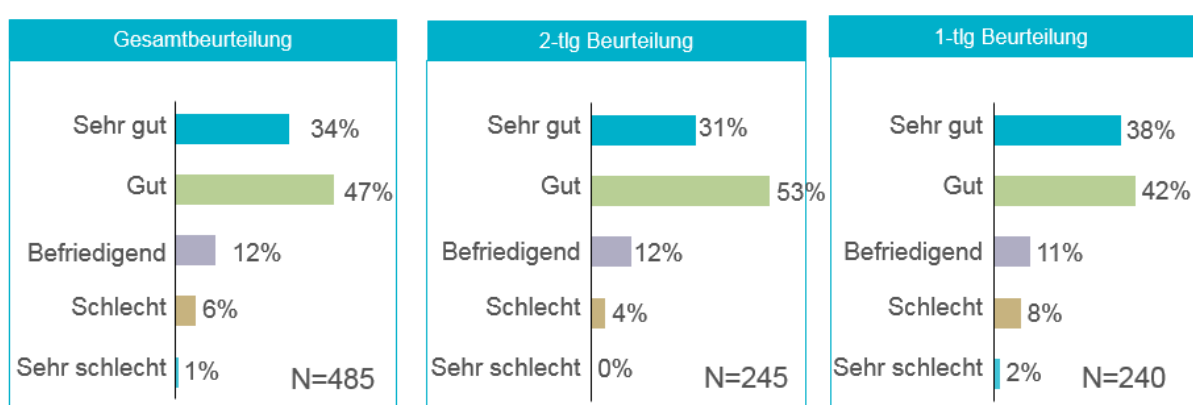


Abbildung 8: Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit mit SenSura Mio Konvex. Angegeben ist die Gesamtbeurteilung (1- und 2-teilig) und die Beurteilung 1- bzw. 2-teilig).

### 4.3 Vergleich der Bewertung der bisherigen Versorgung mit SenSura Mio Konvex

#### 4.3.1 Ungeplante Versorgungswechsel

Ungeplante Versorgungswechsel wurden in der Häufigkeit und den Ursachen erfasst. Die angegebenen Häufigkeiten der ungeplanten Beutel- (1-teilige Versorgung) und Basisplattenwechsel (2-teilige Versorgung), wurden zur besseren Vergleichbarkeit auf einen Monat hochgerechnet.

Während sich die Anzahl der ungeplanten Beutelwechsel bei der 1-teiligen Versorgung nicht von der der bisherigen Versorgung unterscheidet, ist die Anzahl bei der 2-teiligen Versorgung mit SenSura Mio Konvex um 48% niedriger als mit der bisherigen Versorgung (Abbildung 9).

#### Häufigkeit der ungeplanten Wechsel pro Anwender pro Monat

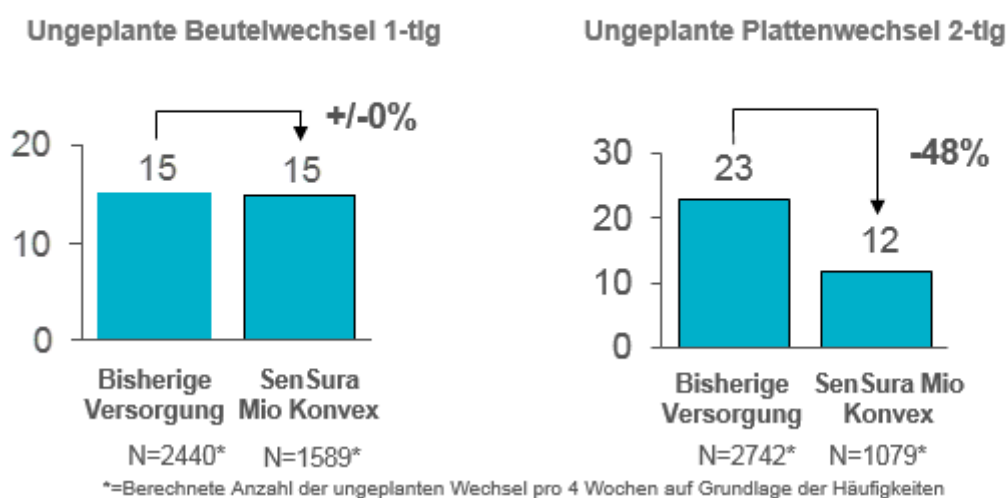


Abbildung 9: Häufigkeit der ungeplanten Versorgungswechsel. Ungeplanter Versorgungswechsel wurde bei der 1-teiligen Versorgung als ungeplanter Beutelwechsel und bei der 2-teiligen Versorgung als ungeplanter Basisplattenwechsel definiert.



Auffällig ist, dass bei Verwendung von SenSura Mio Konvex der Anteil der Stomaträger deutlich zunimmt, die seltener häufig ungeplante Versorgungswechsel erleben (Abbildung 10).

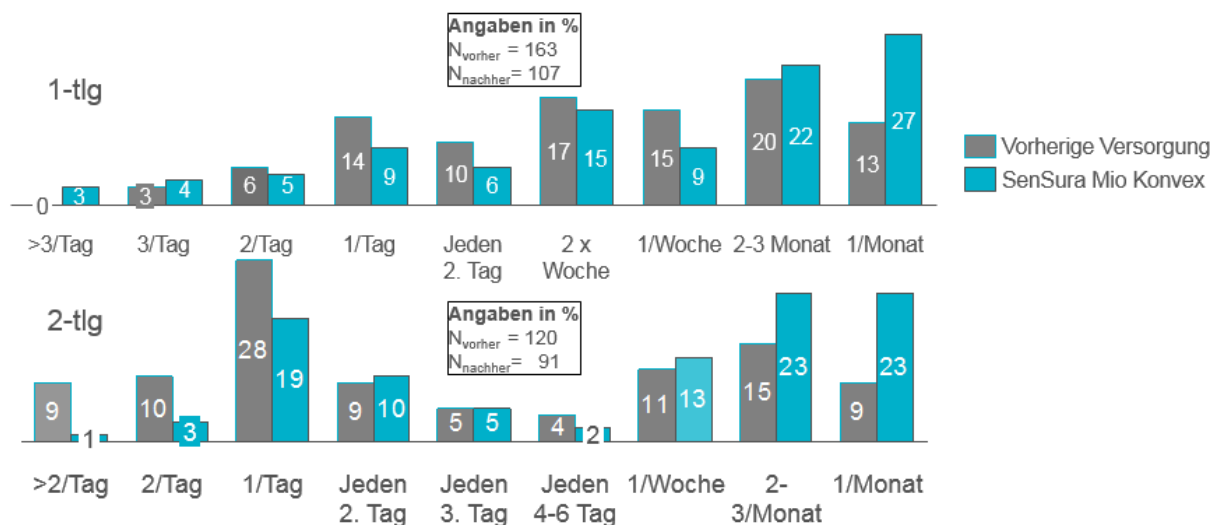


Abbildung 10: Häufigkeit der ungeplanten Versorgungswechsel (in %).

Hautirritation, Leckagen, nicht ausreichende Haftung der Basisplatte, teilweises Ablösen der Basisplatte und körperliche bzw. soziale Aktivitäten nehmen als Ursache für den ungeplanten Versorgungswechsel ab (Abbildung 11).

Auffällig ist, dass sich bei Teilnehmern mit 2-teiliger Versorgung, bei denen bisher mehrfach pro Tag oder täglich ungeplante Beutelwechsel auftraten, die Anzahl der ungeplanten Beutelwechsel auf einige Male pro Monat reduzierte.

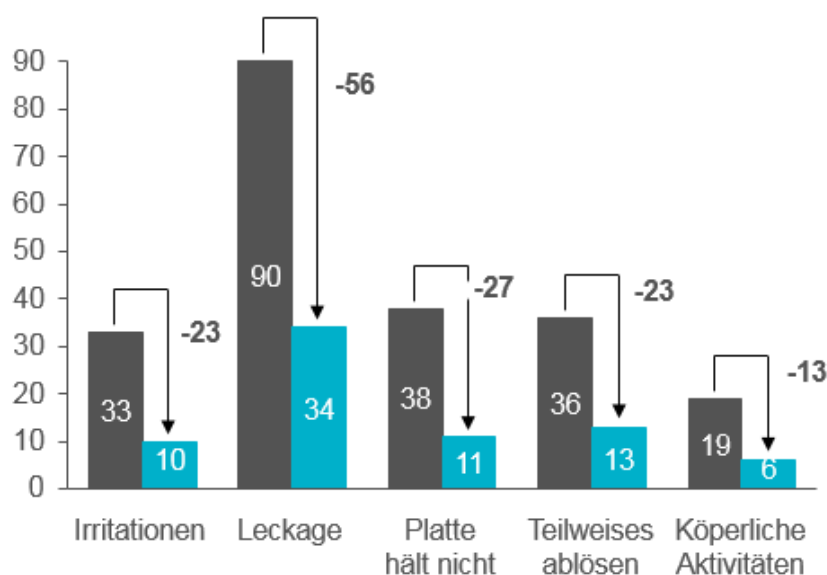


Abbildung 11: Angaben zu den Ursachen für den ungeplanten Versorgungswechsel. Angabe in Prozent pro Ursache.

Die Zahl der Testteilnehmer ohne ungeplanten Versorgungswechsel (UW), nimmt unter der Versorgung mit SenSura Mio Konvex um 27% zu (Abbildung 12).

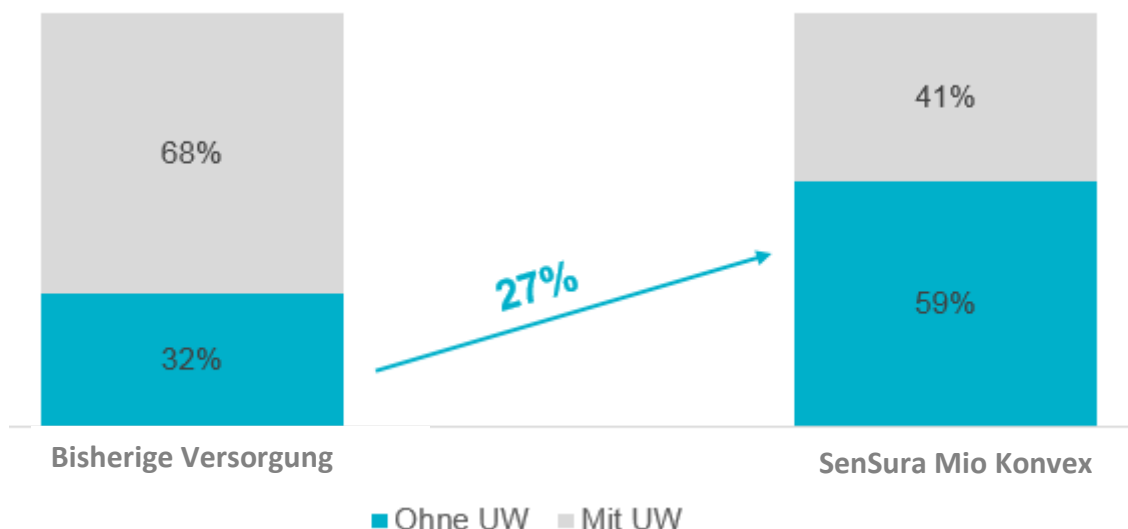


Abbildung 12: %-Anteil der Personen, die von keinem Versorgungswechsel betroffen waren auf Basis der Angaben zur Häufigkeit der ungeplanten Versorgungswechsel.

#### 4.3.2 Zubehör

Die Verwendung von Zubehör wurde sowohl durch Abfrage der Anzahl der verwendeten Zubehörprodukte als auch die Art des Zubehörs erfasst.

Vergleicht man die bisherige Versorgung mit den Testergebnissen mit SenSura Mio Konvex fällt insbesondere der Anteil der Stomaträger auf, die kein Zubehör mehr verwenden: jeder 3. Verwender in dieser Gruppe verwendet kein Zubehör mehr (Abbildung 13).

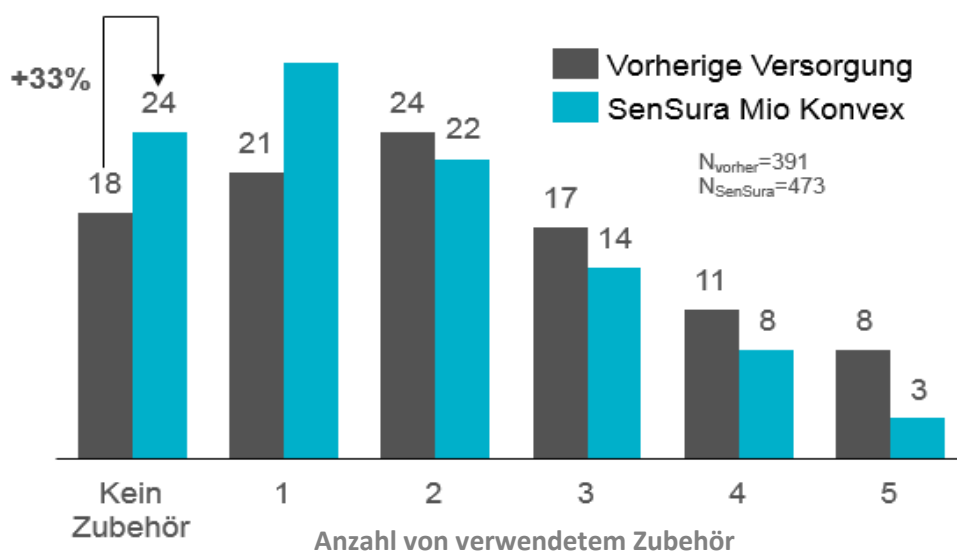


Abbildung 13: Häufigkeiten der Anwender mit 1,2,3,4,5 oder keinem Zubehör.

Berechnet man auf den erhobenen Daten die durchschnittliche Menge an Zubehör pro Testteilnehmer, ergibt sich eine Reduktion um 15% an verwendetem Zubehör bei der Versorgung mit SenSura Mio Konvex (Abbildung 14) bei den Anwendern im Testzeitraum.

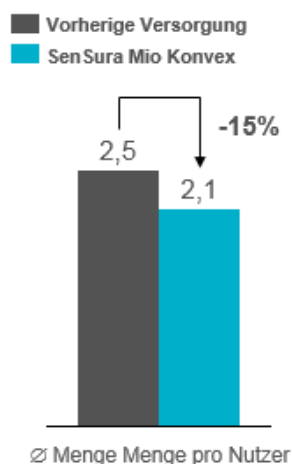


Abbildung 14: Berechnete durchschnittliche Menge an Zubehör. Bei der bisherigen Versorgung wurden im Schnitt pro Stomaträger 2,5 Zubehörteile und in der Testphase mit SenSura Mio Konvex 2,1 Zubehörteile verwendet. Dies entspricht einer Reduktion um 15%.

Bei der Art des verwendeten Zubehörs bestehen kaum Unterschiede zwischen der bisherigen Versorgung und der Verwendung von SenSura Mio Konvex (Abbildung 15).

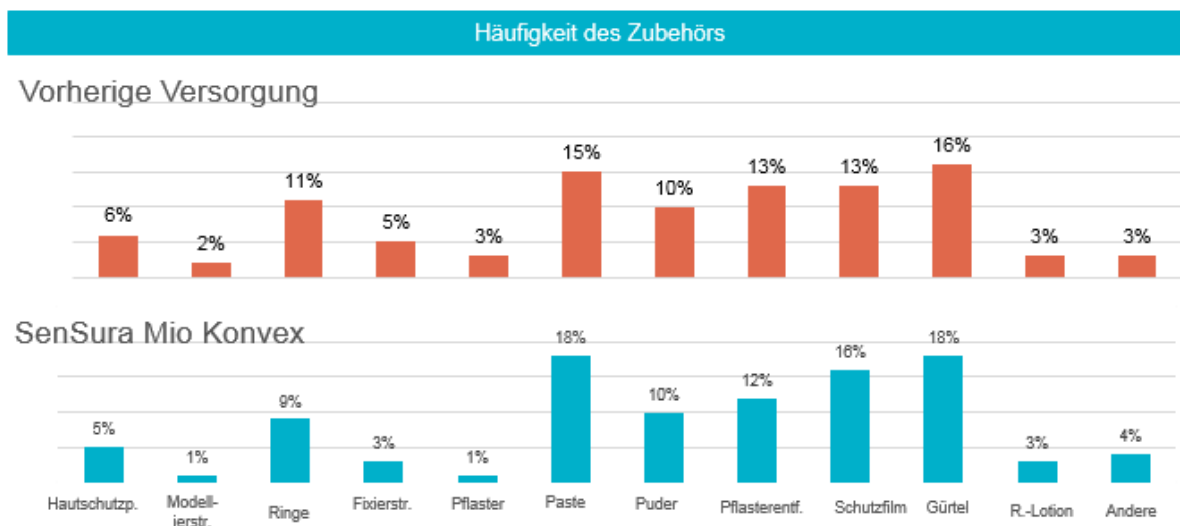


Abbildung 15: %-Häufigkeit der Verwendung von Zubehör. Es besteht kein signifikanter Unterschied in der bisherigen Versorgung und in der Testphase mit SenSura Mio Konvex.

## 5 Abschluss Bewertung

### 5.1 Bewertung von SenSura Mio Konvex

In der Abschlußbeurteilung wurden die Anwender nach ihrer Einschätzung gefragt: „Mit SenSura Mio Konvex ...“ (Abbildung 16). Fasst man die Antworten zusammen, bei der eine positive Einschätzung (ja/eher ja) erfolgte bzw. keine Veränderung (weder/noch) festgestellt wurde, dann ergibt sich eine insgesamt positive Bewertung des Produktes im Testzeitraum. Mit Ausnahme der Einschätzung der Anzahl des verwendeten Stomazubehörs, bewerten zwischen 60 und 70% der Anwender SenSura Mio Konvex positiv im Hinblick auf Undichtigkeiten, Tragedauer, ungeplante Versorgungswechsel und eine verbesserte Lebensqualität.

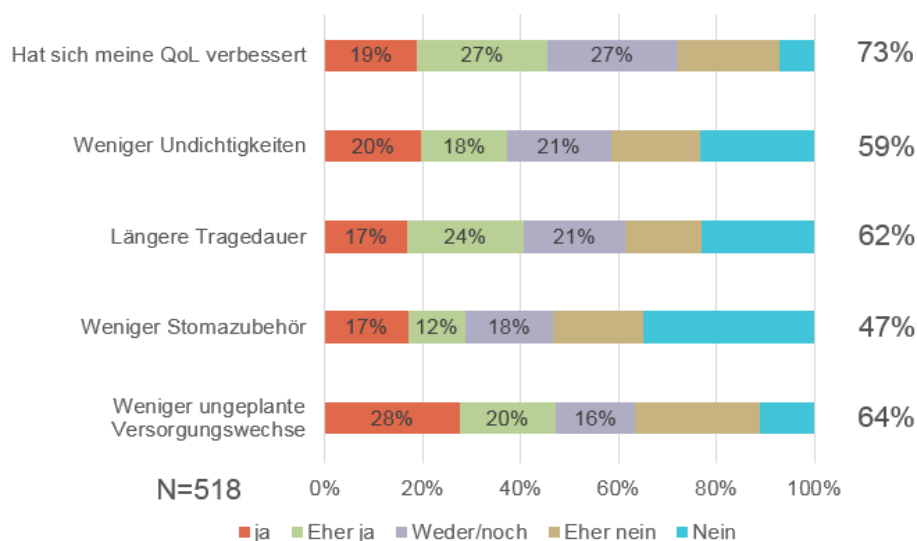
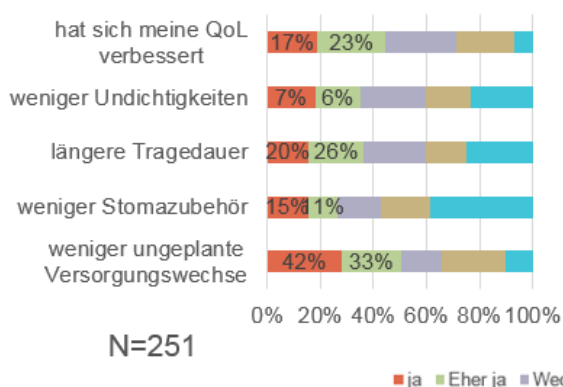


Abbildung 16: %-Bewertung von SenSura Mio Konvex. Gefragt wurde nach der Einschätzung „Mit SenSura Mio Konvex ...“. Angegeben ist das Gesamtergebnis für die 1- und 2-teilige Versorgung.

Die Bewertung der 1-teiligen Versorgung SenSura Mio Konvex unterscheidet sich dabei nicht signifikant von der der 2-teiligen SenSura Mio Konvex (Abbildung 17).

#### SenSura Mio Konvex 1-teilig



#### SenSura Mio Konvex 2-teilig

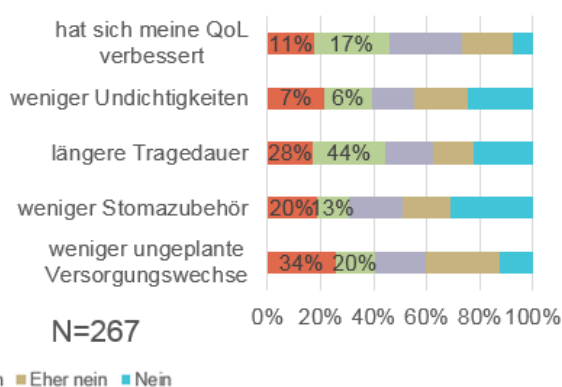


Abbildung 17: %-Bewertung von SenSura Mio Konvex. Gefragt wurde nach der Einschätzung „Mit SenSura Mio Konvex ...“. Angegeben ist das Ergebnis für die 1- und 2-teilige Versorgung.

Die Bewertung erscheint auf den ersten Blick vielleicht etwas niedriger als erwartet. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die große Mehrheit der bisherigen Versorgung Produkte von Markenherstellern umfasst, also auch bislang eine qualitativ hochwertige Versorgung im Einsatz war.

## 5.2 Weiterverwendung und Weiterempfehlung

71 % der Anwender wollen SenSura Mio Konvex weiterverwenden. Als Gründe für eine Nichtweiterverwendung wird oftmals angegeben, dass die Handhabung der Gürtelbefestigung gewöhnungsbedürftig ist oder eine hohe Zufriedenheit mit der bisherigen Versorgung besteht.

Diese Aussage wird dadurch gestärkt, dass 91% SenSura Mio Konvex weiterempfehlen wollen (Abbildung 18).

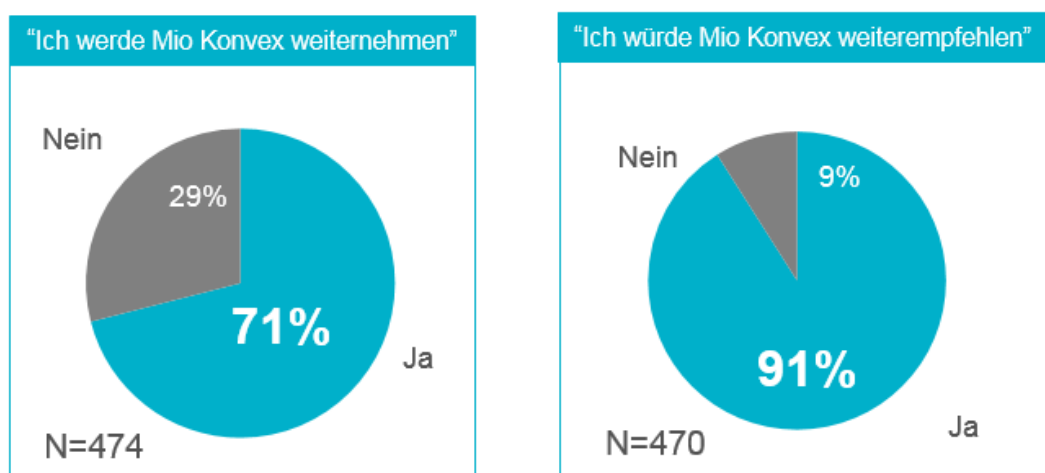


Abbildung 18: Wunsch nach Weiterverwendung und Weiterempfehlung von SenSura Mio Konvex.

Die Werte für die Weiterverwendung und –empfehlung in dieser Untersuchung stehen in guter Übereinstimmung zu den Werten der internationalen Untersuchung bei Pflegekräften: hier haben 97% das Produkt weiterverwendet und 99% werden es weiterempfehlen\*.

\*Data on file, Global SenSura Mio Convex pre-trial results, March 2016

## 6 Zusammenfassung

SenSura Mio Konvex wird in dem Test und der Anwenderbefragung positiv bewertet.

### Mit SenSura Mio Konvex

- haben 27% mehr Teilnehmer keine ungeplanten Versorgungswechsel erlebt
- reduziert sich die Anzahl der verwendeten Zubehörprodukte um 15%
- bewerten 85% der Teilnehmer die Stabilität der Basisplatte als gut oder sehr gut
- bewerten 88% der Teilnehmer das Tragegefühl der Basisplatte als gut oder sehr gut
- reduzieren sich die Häufigkeit der ungeplanten Plattenwechsel (2-teilig) um 48%
- werden Hautirritationen (-23%), Leckagen (-56%), teilweise oder vollständiges Ablösen der Basisplatte (-27% bzw. -23%) und körperliche Aktivität (-13%) signifikant weniger häufig die Ursache für einen ungeplanten Versorgungswechsel angegeben

Nach dem Test mit SenSura Mio Konvex gaben 9 von 10 Stomaträger an, SenSura Mio Konvex weiterzuempfehlen.

## Bewertungsbogen zur Anwenderbefragung von SenSura® Mio Konvex

### 1-teilig

#### Vielen Dank für Ihr Interesse an SenSura Mio!

Coloplast möchte die neue Stomaversorgung SenSura Mio Konvex vor der Markteinführung von Anwendern testen und bewerten lassen. Wenn Sie an einer solchen Bewertung teilnehmen möchten, dann bitten wir Sie, die von Coloplast bereitgestellten Produktmuster zu verwenden und das Produkt **4 Wochen** zu testen und die Anwendung anschließend zu bewerten.

Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile:

**Teil 1:** Allgemeine Fragen und Fragen zur bisherigen Versorgung

**Teil 2:** Bewertung von SenSura Mio Konvex, ab Seite 8

**Teil 1** füllen Sie zu Beginn der Testung aus.

**Teil 2** füllen Sie aus, nachdem Sie SenSura Mio Konvex 4 Wochen getestet haben.

Am besten tragen Sie sich gleich das Datum zum Ausfüllen von Teil 2 in das rechte Feld ein.

Datum Teil 2

**Alle Angaben werden von Coloplast streng vertraulich und anonym behandelt und bearbeitet.**

**Wenn Sie mit den oben aufgeführten Teilnahmebedingungen einverstanden sind, kreuzen Sie bitte „akzeptiert“ an und fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen fort.**

**Ja, ich bin mit der Durchführung der Testung und Befragung einverstanden.**

☐ Akzeptiert

Meine Initialen:

(erster Buchstabe des Vornamens und erster Buchstabe des Nachnamens; z.B. Max Mustermann = M. M.)

Name Ihrer Stomapflegekraft:

Ihr Nachversorger zu Hause ist Firma:

Kürzel des Coloplast Außendienstmitarbeiters:

## Basisdokumentation-Stoma

Bitte beantworten Sie jetzt die Fragen zu Ihrem Stoma.

Datum der Basisdokumentation:

### 1. Welche Art von Stomaoperation hatten Sie?

- ☐ Kolostomie (Dickdarmsstoma)
- ☐ Ileostomie (Dünndarmsstoma)
- ☐ Unbekannt

### 2. Von welchem Hersteller ist Ihr derzeitiges Stomaprodukt? (ohne Zubehör)

- ☐ Coloplast
- ☐ Hollister
- ☐ ConvaTec
- ☐ Dansac
- ☐ Anderer Hersteller:

### 3. Welche Art der Stomavesorgung verwenden Sie zur Zeit?

- ☐ Flacher/nicht konvexer Hautschutz ☐ Leicht konvexer Hautschutz
- ☐ Konvexer Hautschutz ☐ Soft konvexer Hautschutz
- ☐ Ausstreifbeutel
- ☐ Geschlossener Beutel

### 4. Bitte markieren Sie die stomaumgebende Form Ihrer Bauchregion. (der Bereich der vom Hautschutz bzw. der Basisplatte abgedeckt ist)

- ☐ Normal *Der Bereich um das Stoma ist mehr oder weniger gleichmäßig, die Hautoberfläche kann jedoch leichte Unebenheiten aufweisen.*



- ☐ Nach innen gewölbt *Der Bereich um das Stoma sinkt in den Bauch und bildet eine Mulde.*



- ☐ Nach außen gewölbt *Der Bereich um das Stoma hebt sich vom Bauch ab und bildet einen Hügel (z.B. Hernie).*





5. Bitte charakterisieren Sie die wesentlichen Merkmale Ihrer stomaumgebenden Bauchregion.

Bitte nur eine Antwort

☐ Weich

*Der Bereich um das Stoma lässt sich eindrücken (wie bei einem Wasserbett)*



☐ Fest

*Der Bereich um das Stoma hält Druck stand*



Bitte nur eine Antwort

☐ Keine Falten



☐ Leichte, oberflächliche Falten



☐ Tiefe Falten



+

Bitte nur eine Antwort

☐ Stoma ist oberhalb der Bauchfalte



☐ Stoma ist in der Bauchfalte



☐ Das Stoma liegt unterhalb der Bauchfalte



Bitte nur eine Antwort

☐ Stomaöffnung über Hautniveau



*Das Stoma steht deutlich hervor*

☐ Stomaöffnung auf Hautniveau



*Das Stoma schließt mit der Bauchdecke ab*

☐ Stomaöffnung unter Hautniveau



*Das Stoma ist in der Bauchdecke versunken*

└

**6. Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie eine gewölbte (konvexe) Stomaversorgung verwenden:  
(Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)**

- ☐ Ich habe im Bereich um das Stoma Falten, Vertiefungen und/oder Unregelmäßigkeiten, die ausgeglichen werden müssen.
- ☐ Mein Stoma braucht Verstärkung um weiter hervorzustehen
- ☐ Bei mir treten oft Undichtigkeiten / Leckagen auf
- ☐ Ich fühle mich sicherer mit einem konvexen Produkt
- ☐ Andere (bitte angeben):
- ☐ Weiß nicht

## Fragen zu Ihrer bisherigen Versorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer bisher verwendeten Stomaversorgung.  
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen immer unter Betrachtung der letzten 4 Wochen!

**7. Nutzen Sie Zubehör? Falls ja, nennen Sie bitte die Anzahl der verschiedenen Zubehörprodukte (z.B. Paste; Pflasterentferner...) die Sie ergänzend zur Ihrer Basisversorgung (Stomabeutel) einsetzen.**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5      ☐ Kein Zubehör

**8. Sofern Sie Zubehör benutzen, geben Sie bitte bei den verwendeten Produkten an, wie oft Sie dieses verwenden. Bei einigen Artikeln können Sie ebenfalls noch die verwendete Menge angeben.**

(Falls Sie kein Zubehör verwenden, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.)

|                            | Verwendete Menge<br>pro Anwendung<br><small>z.B.: 1,2 oder 0,5 Stk</small> | Mehr<br>als 1 x<br>täglich | 1 x<br>täglich           | Alle<br>2<br>Tage        | 2 x<br>pro<br>Woche      | 1 x<br>pro<br>Woche      | 2-3 x<br>pro<br>Monat    | 1 x<br>pro<br>Monat      | Nie                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hautschutzplatte<br>_____  | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modellierstreifen<br>_____ | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ringe<br>_____             | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierstreifen<br>_____    | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster/Fixomull<br>_____ | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paste                      | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puder                      | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflasterentferner          | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautschutzfilm             | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gürtel                     | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungslotion/<br>-Tuch | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere<br>_____            | <input type="checkbox"/>                                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Wie oft wechseln Sie in der Regel Ihren Stomabeutel?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: ( \_\_\_\_\_ Beutel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ weniger als 1 x pro Woche, nach \_\_\_\_\_ Tagen

**10. Wie viele Ihrer Versorgungswechsel in den letzten 4 Wochen waren ungeplant?**

(„Ungeplant“ heißt, dass der Wechsel aufgrund eines unerwarteten Problems, z.B. Unterwanderung/ Undichtigkeit der Stomaplatte erforderlich wurde)

(Falls es keine ungeplanten Stomabeutelwechsel gab, bitte weiter mit Frage 12.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Wechsel innerhalb der letzten 4 Wochen.

**10a. Wie häufig traten diese ungeplanten Versorgungswechsel auf?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (ungeplante Versorgungswechsel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat

**10b. Bitte nennen Sie die Ursache für die ungeplanten Versorgungswechsel und die Häufigkeit. (Mehrere Antworten möglich)**

| Ursache                                                            | Trifft zu                |                          | Häufigkeit in den letzten 4 Wochen |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                                                                    | Ja                       | Nein                     |                                    |
| Hautirritation                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Leckage / Undichtigkeiten/<br>Unterwanderung                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Hautschutzplatte hält nicht,<br>hat sich abgelöst                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Hautschutzplatte hat sich<br>teilweise abgelöst                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Aufblähen des Beutels<br>(Filter funktioniert nicht)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Beutelfolien haften aneinander                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere Filter Probleme<br>wie Geruch, Aussickern<br>aus dem Filter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Undichtigkeit wegen<br>defekten Beutels                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Körperliche oder<br>soziale Aktivitäten                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere, bitte beschreiben                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |

**11. „Ungeplante Versorgungswechsel haben einen negativen Einfluss auf meine Lebensqualität!“  
Bitte kreuzen Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu folgender Aussage an:**

(Hatten Sie keine ungeplanten Wechsel bitte weiter zu Frage 12.)

- ☐ Stimme voll zu
 ☐ Stimme teilweise zu  
☐ Weder noch
 ☐ Stimme eher nicht zu  
☐ Stimme überhaupt nicht zu

Ab heute werden Sie für 4 Wochen (Testphase) die neue Stomaversorgung SenSura Mio Konvex testen. Danach beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen 12-24. Unter anderem möchten wir gerne von Ihnen erfahren, ob Sie mit SenSura Mio Konvex weniger Zubehör benötigen. Daher unsere Bitte an Sie: Setzen Sie in der Testphase nur so viel Zubehör ein, wie Sie wirklich benötigen. Sollten Sie feststellen, dass Sie mit SenSura Mio Konvex weniger Zubehör benötigen, so möchten wir Sie bitten Ihren Zubehöreinsatz dem tatsächlichen Bedarf anzupassen.

***Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit SenSura Mio Konvex!***

Bitte beachten Sie, dass Sie SenSura Mio Konvex über einen Zeitraum von 4 Wochen eingesetzt haben sollten, um die Bewertung richtig auszufüllen.

Datum der Bewertung von SenSura Mio Konvex:

12. Bitte geben Sie an, welches SenSura Mio Konvex Produkt Sie getestet haben?

☐ SenSura Mio Konvex  
light **Soft** Ausstreifbeutel

☐ SenSura Mio Konvex  
**Light** Ausstreifbeutel

☐ SenSura Mio Konvex  
light **Soft** Geschlossener Beutel

☐ SenSura Mio Konvex  
**Light** Geschlossener Beutel

Wie bewerten Sie:

|                                                                                               | Sehr<br>gut              | Gut                      | Befriedigend             | Schlecht                 | Sehr<br>schlecht         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Die Anpassungsfähigkeit der Stomaplatte an Ihre Körper-/ Bauchform?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Die Fähigkeit der gewölbten Stomaplatte Ihr Stoma hervorzuheben und Stabilität zu geben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Die Fähigkeit der Stomaplatte den Körperbewegungen zu folgen bzw. nachzugeben?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Das Komfortgefühl beim Tragen der Stomaplatte?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Das Gefühl von Sicherheit, das sich bei Ihnen einstellt, während Sie das Produkt benutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Das Tragegefühl des Beutelmaterials (Textilstoff)?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Die Leistungsfähigkeit des Filters?                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Die Reduktion/Vermeidung eines Aufblähens des Beutels                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ihre allgemeine Zufriedenheit mit SenSura Mio Konvex?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



13. Wie viele verschiedene Zubehörprodukte haben Sie neben Ihrer Basis-Stomaversorgung (Stomabeutel) in dem 4-wöchigen Testzeitraum von SenSura Mio Konvex verwendet?

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5      ☐ Kein Zubehör

14. Sofern Sie Zubehör benutzen, geben Sie bitte bei den von Ihnen verwendeten Produkten an, wie oft Sie diese verwenden. Bei einigen Artikeln können Sie ebenfalls noch die verwendete Menge angeben.

(Falls Sie kein Zubehör verwenden, gehen Sie bitte weiter zu Frage 15.)

|                             | Verwendete Menge<br>pro Anwendung<br><i>z.B.: 1,2 oder 0,5 Stk</i> | Mehr<br>als 1 x<br>täglich | 1 x<br>täglich           | Alle<br>2<br>Tage        | 2 x<br>pro<br>Woche      | 1 x<br>pro<br>Woche      | 2 x<br>pro<br>Monat      | 1 x<br>pro<br>Monat      | Nie                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hautschutzplatte            | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modellierstreifen           | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ringe                       | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierstreifen              | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster/Fixomull           | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paste                       |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puder                       |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflasterentferner           |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautschutzfilm              |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gürtel                      |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungs-<br>lotion-/Tuch |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere                      | <input type="text"/>                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**15. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen während der Testphase von SenSura Mio Konvex Ihren Stomabeutel gewechselt?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (Beutel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ weniger als 1 x pro Woche, nach \_\_\_\_\_ Tagen

**16. Wie viele dieser Versorgungswechsel in der Testphase von SenSura Mio Konvex waren ungeplant? („Ungeplant“ heißt, dass der Wechsel aufgrund eines unerwarteten Problems, z.B. Unterwanderung/ Undichtigkeit der Stomaplatte erforderlich wurde)**

(Falls Sie keine ungeplanten Stomabeutelwechsel hatten, gehen Sie bitte direkt weiter zu Frage 17.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Stomabeutelwechsel in der Testphase von SenSura Mio Konvex.

**16a. Wie häufig traten diese ungeplanten Versorgungswechsel in den letzten 4 Wochen auf?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (ungeplante Versorgungswechsel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat





**16b. Bitte nennen Sie die Ursache und die Häufigkeit für die ungeplanten Versorgungswechsel.  
(Mehrere Antworten möglich)**

| Ursache                                                            | Trifft zu                |                          | Häufigkeit in den letzten 4 Wochen |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                                                                    | Ja                       | Nein                     |                                    |
| Hautirritation                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Leckage / Undichtigkeiten/<br>Unterwanderung                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Hautschutzplatte hält nicht,<br>hat sich abgelöst                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Hautschutzplatte hat sich<br>teilweise abgelöst                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Aufblähen des Beutels<br>(Filter funktioniert nicht)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Beutelfolien haften aneinander                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere Filter Probleme<br>wie Geruch, Aussickern<br>aus dem Filter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Undichtigkeit wegen<br>defekten Beutels                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Körperliche oder<br>soziale Aktivitäten                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere, bitte beschreiben                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |

---



## Abschlussbeurteilung

Bitte kreuzen Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den folgenden Aussagen an:

|                                                                                                                                  | Ja                       | Eher ja                  | Weder/noch               | Eher nein                | Nein                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. „Mit SenSura Mio Konvex habe ich weniger ungeplante Versorgungswechsel als mit meiner vorherigen Versorgung.“                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. „Mit SenSura Mio Konvex benötige ich weniger Stomazubehör als mit meiner vorherigen Versorgung.“                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. „Ich kann SenSura Mio Konvex länger tragen als meine vorherige Stoma-Versorgung.“                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. „Mit SenSura Mio Konvex habe ich weniger Undichtigkeiten, Unterwanderungen oder Leckagen als bei meinem vorherigen Produkt!“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                  | Sehr stark               | Stark                    | Unverändert              | Etwas schlechter         | Viel schlechter          |
| 21. „Durch SenSura Mio Konvex hat sich meine Lebensqualität im Vergleich zu meinem vorherigen Produkt verbessert.“               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Werden Sie SenSura Mio weiterbenutzen, sobald es am 15. Oktober 2015 offiziell erhältlich ist?

☐ Ja      ☐ Nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

23. Würden Sie SenSura Mio Konvex anderen Stomaträgern empfehlen?

☐ Ja      ☐ Nein

24. Möchten Sie uns noch etwas zu SenSura Mio mitteilen?

(z. B. Hautschutzmaterial, Beutelbezug, Farbe, Filter, Click-Kopplung...)?

---



---

25. Falls Sie den Test vorzeitig beendet haben, warum haben Sie aufgehört?

Bitte füllen Sie auch im Falle eines Testabbruchs den Fragebogen möglichst vollständig aus.

---



---

*Vielen Dank, dass Sie sich für die Testung und Bewertung Zeit genommen haben!*

Bitte geben Sie diesen Fragebogen Ihrer Stomapflegefachkraft zur Weiterleitung an Coloplast.

Coloplast GmbH  
Stoma-Marketing · Kuehnstraße 75 · 22045 Hamburg  
Tel: 040 66 98 07-333 · Email: dend@coloplast.com



## Bewertungsbogen zur Anwenderbefragung von SenSura® Mio Click Konvex



### 2-teilig

#### Vielen Dank für Ihr Interesse an SenSura Mio!

Coloplast möchte die neue Stomaversorgung SenSura Mio Konvex vor der Markteinführung von Anwendern testen und bewerten lassen. Wenn Sie an einer solchen Bewertung teilnehmen wollen, dann bitten wir Sie, die von Coloplast bereitgestellten Produktmuster zu verwenden und das Produkt zu testen und die Anwendung **nach 4 Wochen** zu bewerten.

Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile:

**Teil 1:** Allgemeine Fragen und Fragen zur bisherigen Versorgung

**Teil 2:** Bewertung von SenSura Mio Konvex, ab Seite 10

**Teil 1** füllen Sie zu Beginn der Testung aus.

**Teil 2** füllen Sie aus, nachdem Sie SenSura Mio Konvex 4 Wochen getestet haben.

Am besten tragen Sie sich gleich das Datum zum Ausfüllen von Teil 2 in das rechte Feld ein.

Datum Teil 2

**Alle Angaben werden von Coloplast streng vertraulich und anonym behandelt und bearbeitet.**

**Wenn Sie mit den oben aufgeführten Teilnahmebedingungen einverstanden sind, kreuzen Sie bitte „akzeptiert“ an und fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen fort.**

**Ja, ich bin mit der Durchführung der Testung und Befragung einverstanden.**

☐

Akzeptiert

Meine Initialen: \_\_\_\_\_

(erster Buchstabe des Vornamens und erster Buchstabe des Nachnamens; z.B. Max Mustermann = M. M.)

Name meiner Stomapflegekraft: \_\_\_\_\_

Mein Nachversorger zu Hause ist Firma: \_\_\_\_\_

Kürzel des Coloplast Außendienstmitarbeiters:



**Basisdokumentation-Stoma**

Datum der Basisdokumentation:

**Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem Stoma und über das Produkt, das Sie derzeit verwenden (hier geht es noch nicht um das Testprodukt)**

**1. Welche Art von Stomaoperation hatten Sie?**

- ☐ Kolostomie (Dickdarmsstoma)
- ☐ Ileostomie (Dünndarmsstoma)
- ☐ Unbekannt

**2. Von welchem Hersteller ist Ihr derzeitiges Stomaprodukt? (ohne Zubehör)**

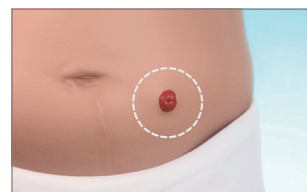
- ☐ Coloplast
- ☐ Hollister
- ☐ ConvaTec
- ☐ Dansac
- ☐ Anderer Hersteller:

**3. Welche Art der Stomavesorgung verwenden Sie zur Zeit?**

- ☐ Flache/nicht konvexe Basisplatte ☐ Leicht konvexe Basisplatte
- ☐ Konvexe Basisplatte ☐ Soft konvexe Basisplatte
- ☐ Ausstreifbeutel
- ☐ Geschlossener Beutel

**4. Bitte markieren Sie die stomaumgebende Form Ihrer Bauchregion (der Bereich der vom Hautschutz bzw. der Basisplatte abgedeckt ist)**

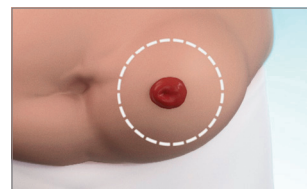
- ☐ Normal *Der Bereich um das Stoma ist mehr oder weniger gleichmäßig, die Hautoberfläche kann jedoch leichte Unebenheiten aufweisen.*



- ☐ Nach innen gewölbt *Der Bereich um das Stoma sinkt in den Bauch und bildet eine Mulde.*



- ☐ Nach außen gewölbt *Der Bereich um das Stoma hebt sich vom Bauch ab und bildet einen Hügel (z.B. Hernie).*





5. Bitte charakterisieren Sie die wesentlichen Merkmale Ihrer stomaumgebenden Bauchregion.

Bitte nur eine Antwort

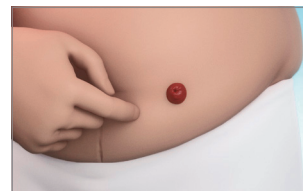
☐ Weich

*Der Bereich um das Stoma lässt sich eindrücken (wie bei einem Wasserbett)*



☐ Fest

*Der Bereich um das Stoma hält Druck stand*

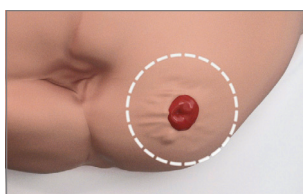


Bitte nur eine Antwort

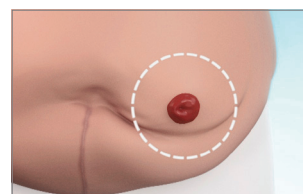
☐ Keine Falten



☐ Leichte, oberflächliche Falten



☐ Tiefe Falten



Bitte nur eine Antwort

☐ Stoma ist oberhalb der Bauchfalte



☐ Stoma ist in der Bauchfalte



☐ Das Stoma liegt unterhalb der Bauchfalte



Bitte nur eine Antwort

☐ Stomaöffnung über Hautniveau



☐ Stomaöffnung auf Hautniveau



☐ Stomaöffnung unter Hautniveau



*Das Stoma steht deutlich hervor*

*Das Stoma schließt mit der Bauchdecke ab*

*Das Stoma ist in der Bauchdecke versunken*





**6. Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie eine gewölbte (konvexe) Stomaversorgung verwenden?  
(Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)**

- ☐ Ich habe im Bereich um das Stoma Falten, Vertiefungen und/oder Unregelmäßigkeiten,  
die ausgeglichen werden müssen
- ☐ Mein Stoma braucht Verstärkung um weiter hervorzustehen
- ☐ Bei mir treten oft Undichtigkeiten / Leckagen auf
- ☐ Ich fühle mich sicherer mit einem konvexen Produkt
- ☐ Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_
- ☐ Weiß nicht



## Fragen zu Ihrer bisherigen Versorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer bisher verwendeten Stomaversorgung.  
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen immer unter Betrachtung der letzten 4 Wochen!

**7. Nutzen Sie Zubehör? Falls ja, nennen Sie bitte die Anzahl der verschiedenen Zubehörprodukte (z.B. Paste, Pflasterentferner ...) die Sie ergänzend zur Ihrer Basisversorgung (Stomabeutel und Platte) verwenden?**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5      ☐ Kein Zubehör

**8. Sofern Sie Zubehör benutzen, geben Sie bitte bei den verwendeten Produkten an, wie oft Sie diese verwenden. Bei einigen Artikeln können Sie ebenfalls noch die verwendete Menge angeben.**

(Falls Sie kein Zubehör verwenden, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.)

|                            | Verwendete Menge<br>pro Anwendung<br><i>z.B.: 1, 2 oder 0,5 Stk</i> | Mehr<br>als 1 x<br>täglich | 1 x<br>täglich           | Alle<br>2<br>Tage        | 2 x<br>pro<br>Woche      | 1 x<br>pro<br>Woche      | 2-3 x<br>pro<br>Monat    | 1 x<br>pro<br>Monat      | Nie                      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hautschutzplatte           | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modellierstreifen          | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ringe                      | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierstreifen             | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster/Fixomull          | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paste                      |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puder                      |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflasterentferner          |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautschutzfilm             |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gürtel                     |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungslotion/<br>-Tuch |                                                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere                     | _____                                                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Wie oft wechseln Sie in der Regel die Basisplatte?****(Hierbei geht es nur um die Basisplatte, nicht um den Beutel)**

- ☐ mehr als 2 x täglich: \_\_\_\_\_ (Platten/Tag)
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ alle 3 Tage
- ☐ alle 4-6 Tage
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ Weniger als 1 x pro Woche; nach \_\_\_\_\_ Tagen

**10. Wie viele dieser Basisplattenwechsel in den letzten 4 Wochen waren ungeplant?****(„Ungeplant“ heißt, dass ein Wechsel der Platte aufgrund eines unerwarteten Problems oder einer unerwarteten Situation, z.B. Undichtigkeit der Basisplatte erforderlich wurde)**

□

(Falls es keine ungeplanten Basisplattenwechsel gab, bitte weiter mit Frage 11.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Wechsel innerhalb der letzten 4 Wochen.

**10a. Wie häufig traten diese ungeplanten Basisplattenwechsel auf?**

- ☐ mehr als 2 x täglich: \_\_\_\_\_ (ungeplante Plattenwechsel/Tag)
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ alle 3 Tage
- ☐ alle 4-6 Tage
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat





**10b. Bitte nennen Sie uns die Ursache und die Häufigkeit für die ungeplanten Plattenwechsel.  
(Mehrere Antworten möglich)**

| Ursache                                                 | Trifft zu                |                          | Häufigkeit In den letzten vier Wochen |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|                                                         | Ja                       | Nein                     |                                       |
| Hautirritation                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Leckage/Undichtigkeiten/<br>Unterwanderungen der Platte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Basisplatte hält nicht,<br>hat sich abgelöst            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Basisplatte hat sich teilweise<br>abgelöst              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Körperliche oder<br>soziale Aktivitäten                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Andere, bitte beschreiben:                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |

---

**11. Wie oft wechseln Sie in der Regel Ihren Stomabeutel?  
(Es geht hierbei nur um den Beutel, nicht um die Basisplatte)**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (Beutel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ weniger als 1 x pro Woche; nach \_\_\_\_\_ Tagen



**12. Wie viele dieser Beutelwechsel in den letzten 4 Wochen waren ungeplant?**  
 („Ungeplant“ heißt, dass ein Wechsel des Beutels notwendig war aufgrund eines Problems oder einer unerwarteten Situation)

(Falls bei Ihnen keine ungeplanten Beutelwechsel aufgetreten sind, bitte weiter zu Frage 13.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Beutelwechsel in den letzten 4 Wochen.

**12a. Wie häufig traten diese ungeplanten Beutelwechsel auf?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (ungeplante Beutelwechsel/Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat

**12b. Bitte nennen Sie uns die Ursachen und die Häufigkeit für die ungeplanten Beutelwechsel.**  
 (Mehrere Antworten möglich)

| Ursache                                                         | Trifft zu                |                          | Häufigkeit In den letzten vier Wochen |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|                                                                 | Ja                       | Nein                     |                                       |
| Undichtigkeit wg. defekten Beutels                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Beutelfolien haften aneinander                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Aufblähen des Beutels,<br>Luft entweicht nicht                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Andere Filter Probleme wie Geruch,<br>Aussickern aus dem Filter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |
| Andere, bitte beschreiben:                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                             |



**13. „Ungeplante Beutel- und/oder Basisplattenwechsel haben einen negativen Einfluss auf meine Lebensqualität!“ Bitte kreuzen Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu folgender Aussage an:**

(Hatten Sie keine ungeplanten Wechsel bitte weiter zu Frage 14.)

- ☐ Stimme voll zu
- ☐ Stimme teilweise zu
- ☐ Weder noch
- ☐ Stimme eher nicht zu
- ☐ Stimme überhaupt nicht zu

Ab heute werden Sie für 4 Wochen die neue Stomaversorgung SenSura Mio Konvex testen. Danach beantworten Sie bitte die Fragen 14-28. Unter anderem möchten wir gerne von Ihnen erfahren, ob Sie mit SenSura Mio Konvex weniger Zubehör benötigen. Daher unsere Bitte an Sie: Setzen Sie in der Testphase nur so viel Zubehör ein, wie Sie wirklich benötigen. Sollten Sie feststellen, dass Sie mit SenSura Mio Konvex weniger Zubehör benötigen, so möchten wir Sie bitten Ihren Zubehöreinsatz dem tatsächlichen Bedarf anzupassen.

***Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit SenSura Mio Konvex!***



Bitte beachten Sie, dass Sie SenSura Mio Konvex über einen Zeitraum von 4 Wochen eingesetzt haben sollten, um die Bewertung richtig auszufüllen.

Datum der Bewertung von SenSura Mio Konvex:

14. Bitte geben Sie an, welches SenSura Mio Konvex Produkt Sie getestet haben?

☐ Basisplatte SenSura Mio **Konvex Light**

☐ Basisplatte SenSura Mio **Konvex**

☐ Ausstreifbeutel

☐ Geschlossener Beutel

Wie bewerten Sie:

|                                                                                               | Sehr gut                 | Gut                      | Befriedigend             | Schlecht                 | Sehr schlecht            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Die Anpassungsfähigkeit der Basisplatte an Ihre Körper-/ Bauchform?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Die Fähigkeit der gewölbten Basisplatte Ihr Stoma hervorzuheben und Stabilität zu geben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Die Fähigkeit der Basisplatte den Körperbewegungen zu folgen bzw. nachzugeben?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Das Komfortgefühl beim Tragen der Basisplatte?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Das Gefühl von Sicherheit, das sich bei Ihnen einstellt, während Sie das Produkt benutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Das Tragegefühl des Beutelmateri als (Textilstoff)?                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Die Leistungsfähigkeit des Filters?                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Die Reduktion/Vermeidung eines Aufblähens des Beutels                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Die Einfachheit der Anbringung des Beutels auf die Basisplatte?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Die Flexibilität der Click-Kopplung?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Die Handhabung der Verriegelung der Click-Kopplung (Öffnen und Verschließen der Kopplung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Das Entfernen des Beutels von der Basisplatte?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Ihre allgemeine Zufriedenheit mit SenSura Mio Konvex ?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**15. Wie viele verschiedene Zubehörprodukte haben Sie neben Ihrer Basis-Stomaversorgung (Stomabeutel und Basisplatte) in dem Testzeitraum von SenSura Mio Konvex verwendet?**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5      ☐ Kein Zubehör

**16. Sofern Sie Zubehör benutzen, geben Sie bitte bei den von Ihnen verwendeten Produkten an, wie oft Sie dieses verwenden. Bei einigen Artikeln können Sie ebenfalls noch die verwendete Menge angeben.**

(Falls Sie kein Zubehör nutzen, gehen Sie weiter zu Frage 17.)

|                            | Verwendete Menge<br>pro Anwendung<br><i>z.B.: 1,2 oder 0,5 Stk</i> | Mehr<br>als 1 x<br>täglich | 1 x<br>täglich           | Alle<br>2<br>Tage        | 2 x<br>pro<br>Woche      | 1 x<br>pro<br>Woche      | 2-3 x<br>pro<br>Monat    | 1x<br>pro<br>Monat       | Nie                      |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hautschutzplatte           |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modellierstreifen          |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ringe                      |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierstreifen             |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster/Fixomull          |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paste                      |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puder                      |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflasterentferner          |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautschutzfilm             |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gürtel                     |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungslotion/<br>-Tuch |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere<br>_____            |                                                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**17. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen während der Nutzung von SenSura Mio Konvex regulär Ihre Basisplatte gewechselt? (Es geht hierbei nicht um den Stomabeutel)**

- ☐ mehr als 2 x täglich: \_\_\_\_\_ (Platten/Tag)
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ alle 3 Tage
- ☐ alle 4 – 6 Tage
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ weniger als 1 x pro Woche, nach \_\_\_\_\_ Tagen

**18. Wie viele dieser Basisplattenwechsel in der Testphase von SenSura Mio Konvex waren ungeplant? („Ungeplant“ heißt, dass der Wechsel aufgrund eines unerwarteten Problems, z.B. Undichtigkeit der Basisplatte erforderlich wurde)**

☐

(Falls Sie keine ungeplanten Basisplattenwechsel hatten, gehen Sie bitte direkt weiter zu Frage 19.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Basisplattenwechsel in der Testphase von SenSura Mio Konvex.

**18a. Wie häufig traten diese ungeplanten Basisplattenwechsel auf?**

- ☐ öfter als 2 x täglich: \_\_\_\_\_ (ungeplante Plattenwechsel / Tag)
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ alle 3 Tage
- ☐ alle 4-6 Tage
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat

**18b. Bitte nennen Sie die Ursache und die Häufigkeit für die ungeplanten Plattenwechsel.  
(Mehrere Antworten möglich)**

| Ursache                                                  | Trifft zu                |                          | Häufigkeit in den letzten 4 Wochen |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                                                          | Ja                       | Nein                     |                                    |
| Hautirritation                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Leckagen/Undichtigkeiten/<br>Unterwanderungen der Platte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Basisplatte ist abgefallen/<br>hat sich abgelöst         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Basisplatte hat sich<br>teilweise abgelöst               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Körperliche oder soziale<br>Aktivitäten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere, bitte beschreiben                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |

**19. Wie oft haben Sie in der 4-wöchigen Testphase von SenSura Mio Konvex regulär  
den Stomabeutel gewechselt? (Es geht hier nur um den Beutel, nicht um die Basisplatte)**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (~~Platten~~ Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ weniger als 1 x pro Woche, nach \_\_\_\_\_ Tagen



**20. Wie viele der Beutelwechsel in der 4-wöchigen Testphase waren ungeplant?**  
(„Ungeplant“ heißt, dass ein Wechsel des Beutels notwendig war aufgrund eines Problems oder einer unerwarteten Situation)

(Falls Sie in der Testphase keine ungeplanten Beutelwechsel hatten gehen Sie bitte gleich zu Frage 19.)

Insgesamt hatte ich \_\_\_\_\_ ungeplante Beutelwechsel in den letzten vier Wochen

**20a. Wie häufig traten diese ungeplanten Beutelwechsel in den letzten 4 Wochen auf?**

- ☐ mehr als 3 x täglich: \_\_\_\_\_ (Beutelwechsel / Tag)
- ☐ 3 x täglich
- ☐ 2 x täglich
- ☐ 1 x täglich
- ☐ alle 2 Tage
- ☐ 2 x pro Woche
- ☐ 1 x pro Woche
- ☐ 2-3 x pro Monat
- ☐ 1 x pro Monat

**20b. Bitte nennen Sie die Ursache und die Häufigkeit für die ungeplanten Beutelwechsel.**  
(Mehrere Antworten möglich)

| Ursache                                                               | Trifft zu                |                          | Häufigkeit in den letzten 4 Wochen |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                                                                       | Ja                       | Nein                     |                                    |
| Defekter Beutel / Undichtigkeiten                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Beutelfolien haften aneinander                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Beutel bläht sich auf,<br>Luft entweicht nicht                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere Filterprobleme<br>wie Geruch oder Aussickern<br>aus dem Filter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |
| Andere, bitte beschreiben                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ Mal                          |





Abschlussbeurteilung

Bitte kreuzen Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den folgenden Aussagen an:

|                                                                                                                                  | Ja                       | Eher ja                  | Weder/noch               | Eher nein                | Nein                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. „Mit SenSura Mio Konvex habe ich weniger ungeplante Versorgungswechsel als mit meiner vorherigen Versorgung.“                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. „Mit SenSura Mio Konvex benötige ich weniger Stomazubehör als mit meiner vorherigen Versorgung.“                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. „Ich kann SenSura Mio Konvex länger tragen als meine vorherige Stoma-Versorgung.“                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. „Mit SenSura Mio Konvex habe ich weniger Undichtigkeiten, Unterwanderungen oder Leckagen als bei meinem vorherigen Produkt!“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                  | Sehr stark               | Stark                    | Unverändert              | Etwas schlechter         | Viel schlechter          |
| 25. „Durch SenSura Mio Konvex hat sich meine Lebensqualität im Vergleich zu meinem vorherigen Produkt verbessert.“               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Werden Sie SenSura Mio Konvex weiterbenutzen, sobald es am 15. Oktober 2015 offiziell erhältlich ist?

☐ Ja ☐ Nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

27. Würden Sie SenSura Mio Konvex anderen Stomaträgern empfehlen?

☐ Ja ☐ Nein

28. Möchten Sie uns noch etwas zu SenSura Mio mitteilen?

(z. B. Hautschutzmaterial, Beutelbezug, Farbe, Filter, Click-Kopplung...)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. Falls Sie den Test vorzeitig beendet haben, warum haben Sie aufgehört?

Bitte füllen Sie auch im Falle eines Testabbruchs den Fragebogen möglichst vollständig aus.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Testung und Bewertung Zeit genommen haben!**

Bitte geben Sie diesen Fragebogen Ihrer Stomapflegefachkraft zur Weiterleitung an Coloplast.

Coloplast GmbH

Stoma-Marketing · Kuehnstraße 75 · 22045 Hamburg

Tel: 040 66 98 07-333 · Email: dend@coloplast.com

