

Befragung von Patienten

Patienten-ID: _____

Das Dokumentationsblatt wird an das SAVOIR-Projekt geschickt.

Wie schätzen Sie die Arbeit des Palliativteams ein?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

	Sehr schlecht 0	1	2	3	Sehr gut 4	Nicht beurteilbar
1. Die Telefonische Erreichbarkeit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Wartezeit auf Hausbesuche ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Zeit, die sich das Team für mich nimmt, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Gespräche/ Kommunikation mit mir ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten (Chancen, Grenzen, Nebenwirkungen) ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Einweisung in Pflegemaßnahmen (Durchführung, Wirkung, Grenzen) ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Linderung von Beschwerden (z.B. bei Luftnot, Schmerzen, Übelkeit etc.) ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Unterstützung bei praktischen und organisatorischen Problemen (z.B. Beratung Pflegebett, o.ä.) ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Das Mich-Auffangen bei seelischen Nöten ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Hilfe beim Akzeptieren meiner Situation ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr schlecht				Sehr gut	Nicht beurteilbar
12. Das Achten meiner Entscheidungen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Das Fördern meiner Selbständigkeit im Rahmen meiner Möglichkeiten ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Das Mich-Begleiten bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wurden Ihre Erwartungen an das Palliativteam erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuung durch das Palliativteam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Gar nicht belastet Extrem belastet

Neben dem Ambulanten Palliativteam werden Sie vielleicht noch von anderen Diensten versorgt, zum Beispiel Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst, Ernährungsdienst, Physiotherapie, Wundmanagement, Hospizdienst u.a.. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage für Sie zutrifft.

Dieses breite Angebot ist für mich:

	Sehr stark				Gar nicht
...hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...unübersichtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schlecht zugänglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nicht ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann diese Frage nicht beurteilen

Was wäre Ihnen noch wichtig, was sie uns mitteilen möchten:

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Patient alleine

Patient mit Hilfe eines Angehörigen

Patient mit Hilfe eines Teammitarbeiters

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Antworten sind sehr wichtig für uns!