

Aufnahme

(A)

<p>1. Was führte zu Ihrer Behandlung im Darmkrebszentrum? (Mehrere Kreuze sind möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Eigene Entscheidung für dieses Zentrum <input type="checkbox"/> Empfehlung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> Empfehlung durch den Facharzt <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Verwandte/Bekannte <input type="checkbox"/> Empfehlung durch das Internet/Medien <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>
<p>2. Wie lange mussten Sie in der Aufnahme warten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Weniger als 30 Minuten <input type="checkbox"/> 30 bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> 60 bis 90 Minuten <input type="checkbox"/> Über 90 Minuten <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht erinnern</p>
<p>3. Mussten Sie unnötig lange warten, bis Sie Ihr Zimmer beziehen konnten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, eindeutig <input type="checkbox"/> Ja, so ziemlich <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4. Die Betreuung während Ihrer Aufnahme war:</p>	<p><input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Habe keine Erinnerung</p>

Ärztliches Personal

(B)

<p>1. Die Arztvisiten (Ablauf, Dauer, Organisation) waren:</p>	<p><input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht</p>
<p>2. Hat sich das ärztliche Personal mit Ihren Fragen und Wünschen auseinandergesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Fragen</p>
<p>3. War das ärztliche Personal da, wenn Sie es brauchten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>4. Hatten Sie großes Vertrauen in das ärztliche Personal?</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>5. Konnten Sie Ihre Bedenken und Ängste mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Ängste oder Bedenken</p>

Ärztliches Personal (Fortsetzung)

(B)

6. Die Freundlichkeit und Höflichkeit des ärztlichen Personals war:

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Pflegepersonal

(C)

1. Hat sich das Pflegepersonal mit Ihren Fragen und Wünschen auseinandergesetzt?

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Ich hatte keine Fragen

2. War das Pflegepersonal bei Bedarf schnell zur Stelle?

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie

3. Hatten Sie großes Vertrauen in das Pflegepersonal?

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie

4. Konnten Sie Ihre Bedenken und Ängste mit der Schwester oder dem Pfleger besprechen?

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Ich hatte keine Ängste oder Bedenken

5. Die Freundlichkeit und Höflichkeit des Pflegepersonals war:

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Weiteres Personal

(D)

1. Die Betreuung durch den Sozialdienst war:

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Nicht notwendig

2. Die Betreuung durch die Seelsorge war:

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Nicht notwendig

3. Die Betreuung durch die Physikalische Therapie (Krankengymnastik) war:

- Hervorragend
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Nicht notwendig

Weiteres Personal (Fortsetzung)

(D)

- | | |
|---|--|
| 4. Die Betreuung durch die anderen Funktionsdienste (Röntgen, Endoskopie und/oder Ambulanzen) war: | <input type="checkbox"/> Hervorragend |
| | <input type="checkbox"/> Sehr gut |
| | <input type="checkbox"/> Gut |
| | <input type="checkbox"/> Mittelmäßig |
| | <input type="checkbox"/> Schlecht |
| | <input type="checkbox"/> Nicht notwendig |

Schmerzen

(E)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. Hatten Sie während Ihres Aufenthaltes im Darmkrebszentrum Schmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja |
| | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Wurde das Möglichste getan, um Ihre Schmerzen zu lindern? | <input type="checkbox"/> Immer |
| | <input type="checkbox"/> Meistens |
| | <input type="checkbox"/> Manchmal |
| | <input type="checkbox"/> Nie |

Behandlung und Betreuung im Darmkrebszentrum

(F)

- | | |
|---|--|
| 1. Hatten Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes im Darmkrebszentrum mit Respekt und Würde behandelt? | <input type="checkbox"/> Immer |
| | <input type="checkbox"/> Meistens |
| | <input type="checkbox"/> Manchmal |
| | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Die Informationen über die Krankheit und die Behandlung waren: | <input type="checkbox"/> Hervorragend |
| | <input type="checkbox"/> Sehr gut |
| | <input type="checkbox"/> Gut |
| | <input type="checkbox"/> Mittelmäßig |
| | <input type="checkbox"/> Schlecht |
| 3. Wurden Sie über die Vorteile und Risiken der Behandlung aufgeklärt? | <input type="checkbox"/> Ja, umfassend |
| | <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen |
| | <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Ich wollte keine Erklärungen |
| | <input type="checkbox"/> Es wurde meinem Partner/einer 2. Person erklärt |
| 4. Wurden Ihnen Behandlungsalternativen aufgezeigt? | <input type="checkbox"/> Ja |
| | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Wurde Ihnen ein psychoonkologisches Beratungsgespräch angeboten? | <input type="checkbox"/> Ja |
| | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Mussten Sie vor Behandlungen/Untersuchungen (z.B. Röntgen, EKG, Endoskopie, Operationen) lange warten? | <input type="checkbox"/> Immer |
| | <input type="checkbox"/> Meistens |
| | <input type="checkbox"/> Manchmal |
| | <input type="checkbox"/> Nie |
| 7. Wurden Ihr(e) PartnerIn oder Ihre Angehörigen in den Behandlungsprozess integriert? | <input type="checkbox"/> Immer |
| | <input type="checkbox"/> Meistens |
| | <input type="checkbox"/> Manchmal |
| | <input type="checkbox"/> Nie |
| | <input type="checkbox"/> War nicht notwendig bzw. wollte ich nicht |
| 8. Hatten Sie vor den Behandlungen ausreichend Bedenkzeit? | <input type="checkbox"/> Immer |
| | <input type="checkbox"/> Meistens |
| | <input type="checkbox"/> Nie |
| | <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Bedenkzeit |

Behandlung und Betreuung im Darmkrebszentrum (Fortsetzung)

(F)

8. Wurden die Ergebnisse der Befunde so erklärt, dass Sie diese verstehen konnten?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Ich wollte keine Erklärungen
9. Wurden die Ergebnisse der Befunde einfühlsam erläutert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teils, teils <input type="checkbox"/> Nein
10. Wurde bei Ihnen ein Stoma (künstlicher Darmausgang) angelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bei „Nein“ bitte nächste Frage überspringen)
11. Wurden Sie im Umgang mit dem Stoma unterrichtet und geschult?	<input type="checkbox"/> Ja, ausführlich <input type="checkbox"/> Einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein
12. Wurde Ihnen eine Ernährungsberatung angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Wurde Ihre Privatsphäre ausreichend berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie

Organisation und Koordination

(G)

1. Wie war Ihr Eindruck von der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten?	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht
2. Wie gut wurden Sie über Ihren allgemeinen Tagesablauf informiert (z.B. Weckzeiten, Arztvisiten, Essenszeiten, Besuchszeiten)?	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Habe keine Erinnerung <input type="checkbox"/> Habe keine Informationen erhalten
3. Die Beschwerdemöglichkeiten waren:	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Beschwerden

Räumlichkeiten

(H)

	Hervorragend	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
1. Das Erscheinungsbild des Zimmers war:	<input type="checkbox"/>				
2. Die technische Ausstattung (Fernseher, Notrufsystem, Telefon) war:	<input type="checkbox"/>				
3. Die sanitären Einrichtungen (Bad und WC) waren:	<input type="checkbox"/>				
4. Die Sauberkeit war:	<input type="checkbox"/>				

Räumlichkeiten

(H)

5. Hatten Sie in Ihrem Zimmer unter Unruhe oder Lärm zu leiden? (Mehrere Kreuze möglich)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wegen anderer Patienten <input type="checkbox"/> Ja, wegen Besucher <input type="checkbox"/> Ja, wegen Stationspersonal <input type="checkbox"/> Ja, wegen: _____																																										
6. Wie beurteilen Sie die Mahlzeiten hinsichtlich...	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hervorragend</th> <th>Sehr gut</th> <th>Gut</th> <th>Mittelmäßig</th> <th>Schlecht</th> <th>Nicht wichtig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geschmack.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abwechslung.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Qualität.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Temperatur.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diätangebote.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Hervorragend	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Nicht wichtig	Geschmack.....	<input type="checkbox"/>	Abwechslung.....	<input type="checkbox"/>	Qualität.....	<input type="checkbox"/>	Temperatur.....	<input type="checkbox"/>	Diätangebote.....	<input type="checkbox"/>																									
	Hervorragend	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Nicht wichtig																																					
Geschmack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Abwechslung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Qualität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Temperatur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Diätangebote.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
7. Wurden Ihre Speisewünsche berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Nie																																										
8. Die Aufenthaltsräume für die Patienten und Besucher waren:	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden																																										
9. Das Dienstleistungsangebot (z.B. Kiosk, Cafeteria) war:	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Angebot ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/> Hatte kein Interesse an dem Angebot																																										
10. Ich fand die Orientierungsmöglichkeiten (Wegeleitung) im Darmkrebszentrum:	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht																																										

Entlassung

(I)

1. Die Vorbereitung auf Ihre Entlassung aus dem Darmkrebszentrum war:	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht
2. Der Zeitpunkt der Entlassung war:	<input type="checkbox"/> Zu früh <input type="checkbox"/> Genau richtig <input type="checkbox"/> Zu spät
3. Haben Sie für die Zeit nach Ihrer Entlassung Verhaltensempfehlungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, umfassend <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Empfehlungen
4. Wurde die Nachsorge und Weiterversorgung (z.B. Chemo-, Strahlentherapie) nach dem Aufenthalt im Darmkrebszentrum mit Ihnen besprochen?	<input type="checkbox"/> Ja, umfassend <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Informationen

Entlassung (Fortsetzung)

(I)

5. Haben Sie Informationen und Kontaktdaten einer Selbsthilfegruppe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Wurden Sie auf eventuell veränderte Lebensbedingungen nach dem Aufenthalt hingewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja, umfassend <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Informationen
7. Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesamteindruck

(J)

1. Wie beurteilen Sie das Darmkrebszentrum insgesamt?	<input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht
2. Wie beurteilen Sie Ihren persönlichen Heilungsprozess?	<input type="checkbox"/> Stark verbessert <input type="checkbox"/> Etwas gebessert <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Verschlechtert <input type="checkbox"/> Ich war nur zur Untersuchung oder Beobachtung hier
3. Würden Sie dieses Darmkrebszentrum Ihren Verwandten oder Freunden empfehlen?	<input type="checkbox"/> Ja, unbedingt <input type="checkbox"/> Ja, wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Person

(K)

1. Sie sind:	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?	<input type="checkbox"/> Unter 18 <input type="checkbox"/> 40 - 49 <input type="checkbox"/> 70 - 79 <input type="checkbox"/> 18 - 29 <input type="checkbox"/> 50 - 59 <input type="checkbox"/> 80 - 89 <input type="checkbox"/> 30 - 39 <input type="checkbox"/> 60 - 69 <input type="checkbox"/> 90 und älter
3. Welches war die letzte Schule, die Sie besucht haben?	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule/Gymnasium <input type="checkbox"/> Mittel-/Realschule <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> Sonstige
4. Ihr Familienstand:	<input type="checkbox"/> Alleinlebend <input type="checkbox"/> In einer Partnerschaft/Familie

Kommentare

(L)

Über Lob, Kritik und Anregungen freuen wir uns!


