



Sehr geehrte Angehörige,
wenn Sie sich an die Betreuung Ihres Angehörigen in unserer Einrichtung erinnern, geben Sie uns bitte die Information, welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?
Vielen Dank!

1. IDNR

13. Datum.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AN1. Bei unserem ersten Kontakt vor Betreuungsbeginn...

	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
...standen uns kompetente Ansprechpartner zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wussten wir bei späteren Kontakten, wer unser Ansprechpartner ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten unsere Ansprechpartner genügend Zeit für uns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind die Ansprechpartner auf unsere Fragen und Sorgen eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir verständliche Antworten auf unsere Fragen erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurde der Betreuungsbeginn schnell eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurden unsere Wünsche (zum Rahmen der Betreuung usw.) berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AN2. Zu Beginn der Betreuung...

...waren die Ansprechpartner auf unseren Angehörigen gut vorbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte jemand vom Personal ausreichend Zeit für uns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurde unserem Angehörigen / uns alles Nötige erklärt					
- zu den Aufnahmeformalitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur ärztlichen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu den Möglichkeiten der Schmerztherapie / Therapie stationär: - zur Einrichtung des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu Räumen, die unser Angehöriger / wir nutzen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zum Tagesablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten wir das Gefühl, gut angenommen worden zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AN3. Symptome und Probleme: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?

Die körperlichen Schmerzen unseres Angehörigen wurden <i>schnell</i> behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die körperlichen Schmerzen unseres Angehörigen wurden <i>ausreichend</i> behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Leiden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Luftnot) wurden <i>schnell</i> behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Leiden wurden <i>ausreichend</i> behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome und Probleme unseres Angehörigen wurden ernst genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AN4. Information und Zeit: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?

	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
Unser Angehöriger / wir wurden verständlich und ausreichend informiert					
- über Therapiemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- über Wirkungen und Nebenwirkungen von möglichen Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- über Grenzen von Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- über Pflegemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ansprechpartner hatten ausreichend Zeit, wenn wir sie benötigten					
- Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Therapeuten (physikalische Therapie, Musiktherapie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AN5. Kompetenz und Hilfe: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?**

Die Ansprechpartner erschienen uns kompetent in der Betreuung / Behandlung unseres Angehörigen	trifft voll zu	über- wiegend	teils/ teils	kaum	trifft gar nicht zu
- Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Therapeuten (psychologische, physikalische Therapie u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unser Angehöriger / wir erhielten hilfreiche Unterstützung					
- in seelisch / psychisch schwierigen Phasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in Sinn-Fragen (z.B. zum Sinn des Lebens, Leidens und Sterbens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in religiösen Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wünsche meines Angehörigen wurden beachtet in Hinblick auf					
- Wünsche zur Ernährung (beispielsweise Wunschkost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den individuellen Tagesrhythmus (Weck-, Essens- und Ruhezeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Therapieentscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Besuch und Besuchszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AN6. Nach dem Tod: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?

Wir wurden rechtzeitig über das absehbare Ableben unseres Angehörigen informiert, so dass wir nicht davon überrascht wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unser Angehöriger wurde nach seinem Tod würdig behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir hatten genügend Zeit, uns in Ruhe von ihm / ihr zu verabschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seine/unsere Wünsche zur Bekleidung nach dem Tod wurden erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seine/Unsere Wünsche für die Zeit nach dem Tod wurden erfüllt (z.B. zum Beerdigungsunternehmen, zur Dauer des Verabschiedens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir hatten nach dem Tod unseres Angehörigen genügend seelischen Beistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir wurden taktvoll behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir erhielten Hilfe bei den nötigen Formalitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben Informationen zu Hilfsangeboten erhalten (z.B. für Trauergruppe, weitere Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben uns in der unmittelbaren Zeit nach dem Tod unseres Angehörigen aufgehoben gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AN7. Bemerkungen

AN8. Möchten Sie uns etwas mitteilen, das Ihrem Angehörigen / Ihnen besonders geholfen hat bzw. das Ihrem Angehörigen / Ihnen besonders gefallen hat?

AN9. Vielleicht haben Sie auch Vorschläge, was wir bessern sollen, was hilfreich sein könnte.
