



Sehr geehrte Mitarbeiter, wenn Sie sich an die Betreuung des Patienten in Ihrer Einrichtung erinnern, geben Sie bitte die Information, welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu? Vielen Dank!	1. IDNR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	13. Datum.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MA1. Beim ersten Kontakt vor Betreuungsbeginn...					
	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
...standen dem Patienten/den Angehörigen kompetente Ansprechpartner zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wussten Patient/Angehörige bei späteren Kontakten, wer der Ansprechpartner ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten die Ansprechpartner genügend Zeit für den Patienten/die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind die Ansprechpartner auf die Fragen und Sorgen des Patienten/der Angehörigen eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben die Patienten/ Angehörigen verständliche Antworten auf ihre 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 die Wünsche (zum Rahmen der Betreuung usw.) des Patienten/der Angehörigen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MA2. Zu Beginn der Betreuung...					
...waren die Ansprechpartner auf den Patienten/die 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 den Patienten/die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurde den Patienten/den Angehörigen 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationär: - zur Einrichtung des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu Räumen, die die Patienten/Angehörige 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 der Patient/die Angehörigen das Gefühl, gut angenommen worden zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MA3. Symptome und Probleme: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?					
Die körperlichen Schmerzen des Patienten wurden <i>schnell</i> behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die körperlichen Schmerzen des Patienten 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 des Patienten wurden ernst genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MA4. Information und Zeit: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?					
Der Patient/die Angehörigen wurden verständlich und ausreichend informiert	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
- 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 der Patient/die Angehörigen es 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"/>

**MA5. Kompetenz und Hilfe: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?**

	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
Die Ansprechpartner erschienen dem Patienten/den Angehörigen kompetent in der Betreuung / Behandlung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>
Die Patienten/ Angehörigen erhielten hilfreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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 des Patienten/der Angehörigen wurden beachtet in Hinblick auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>

MA6. Nach dem Tod: Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach zu bzw. trifft nicht zu?

Die Angehörigen wurden rechtzeitig über das absehbare Ableben des Patienten informiert, so dass sie nicht davon überrascht wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient wurde nach seinem Tod würdig behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angehörigen hatten genügend Zeit, sich in Ruhe zu verabschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wünsche des Patienten / der Angehörigen zur Bekleidung nach dem Tod wurden erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die 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"/>
Die Angehörigen hatten nach dem Tod des Patienten genügend seelischen Beistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angehörigen wurden taktvoll behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angehörigen erhielten Hilfe bei den nötigen Formalitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angehörigen 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"/>
Die Angehörigen haben sich in der unmittelbaren Zeit nach dem Tod des Patienten aufgehoben gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MA7. Bemerkungen

MA8. Möchten Sie uns etwas mitteilen, das Ihrem Angehörigen / Ihnen besonders geholfen hat bzw. das Ihrem Angehörigen / Ihnen besonders gefallen hat?

MA9. Vielleicht haben Sie auch Vorschläge, was wir bessern sollen, was hilfreich sein könnte.
