



Sehr geehrte Patientinnen
und Patienten,

Der Sie betreuende Pflegedienst beteiligt sich an einer Qualitätssicherungsmaßnahme. Dieses Projekt wird an mehr als 50 Palliativstationen und Hospizen, mit onkologischen Abteilungen sowie palliativärztlichen und –pflegerischen ambulanten Diensten durchgeführt. Grundlage der Qualitätssicherung ist die Dokumentation von Symptomen und Problemen, deren Behandlung und den Erfolgen der Behandlung. Die Dokumentation geschieht in einem einheitlichen Formular (HOPE), das als neuer Standard für Palliativ-einrichtungen entwickelt wurde und die wichtigsten Dinge erfasst. Das Formular besteht aus mehreren Teilen für die Ärzte und Schwestern und aus einem Fragebogen für Sie, die Patientinnen und Patienten. In diesem Fragebogen sollen Sie selber über Ihre Beschwerden (z. B. Schmerzen) und Ihr Befinden Auskunft geben. Denn niemand kennt Ihre Beschwerden und Ihre Situation so gut wie Sie selbst.

Der Fragebogen wurde für die speziellen Belange der Palliativmedizin entwickelt. Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen so sorgfältig und vollständig wie möglich auszufüllen, auch wenn einzelne Fragen für Ihre Situation eventuell nicht zutreffend sind. Wenn Sie einzelne Fragen oder den ganzen Fragebogen nicht beantworten, wird das natürlich keine Nachteile für Sie oder für Ihre weitere Behandlung haben.

Die in diesem Fragebogen erhobenen Daten werden mittels eines EDV-Systems gespeichert und anonym (also ohne Namen) ausgewertet. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und werden nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzes vor jedem Missbrauch geschützt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Die Koordinationsgruppe
von HOPE 2007



Einverständniserklärung

Ich bin durch die betreuende Person
_____ über die
Fragebogenerhebung aufgeklärt worden
und habe keine weiteren Fragen.

**Ich bin mit der Speicherung der in
diesem Fragebogen erhobenen Daten
in anonymisierter Form in einem
EDV-Dokumentationssystem einver-
standen.** Sollte ich zu irgendeinem
Zeitpunkt mein Einverständnis zurück-
ziehen, werden meine Daten gelöscht.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten:



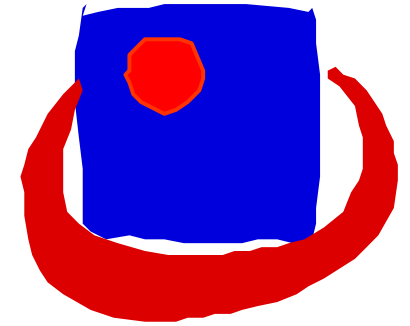
Kontakt zu HOPE

Telefon-Hotline:

0241 / 80 80 880

Email-Hotline:

palliativmedizin@ukaachen.de



HOPE 2008

Hospiz- und Palliativ- Erfassung



Einverständniserklärung