



Sehr geehrte Mitarbeiter, geben Sie bitte die Information, welche Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft bzw. nicht zutrifft. Vielen Dank!

13. Datum

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

**MA1. Beim ersten Kontakt vor Betreuungsbeginn...**

	trifft voll zu	überwiegend	teils/teils	kaum	trifft gar nicht zu
...wussten Pat./Ang. 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 Patienten/Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben Pat./Ang. verständliche Antworten auf ihre Fragen erhalten	<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 Angeh. 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 Ang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wurde dem Patienten/den Angehörigen alles Nötige umfassend erklärt (zu den Aufnahmeformalitäten, zum Haus selbst und dem tägl. Ablauf)	<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>kompetent</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>kompetent</i> behandelt	<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 Angeh. wurden verständlich und ausreichend informiert					
- über Therapiemöglichkeiten (Chancen und Grenzen, Nebenwirkungen)	<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 sie benötigt wurden					
- 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"/>

**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 waren kompetent in der Betreuung / Behandlung des Patienten					
- 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"/>
Der Patient/die Angehörigen erhielten hilfreiche Unterstützung in seelisch / psychisch schwierigen Phasen, in Sinn-Fragen (z.B. zum Sinn des Lebens, Leidens und Sterbens), in religiösen Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wünsche des Patienten/der Angeh. wurden beachtet, z.B. in Hinblick auf Wünsche zur Ernährung, den individuellen Tagesrhythmus (Weck-, Essenszeiten), Therapieentscheidungen und/oder 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, uns in Ruhe zu verabschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ang. hatten nach dem Tod des Pat. genügend seelischen Beistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ang. haben Infos zu Hilfsangeboten erhalten (z.B. Trauergruppe)	<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. Was hat dem Patienten/den Angehörigen besonders geholfen bzw. besonders gefallen?**

--