

Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2026

1 Angaben zu meiner Person

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Alter

☐ 18–29 Jahre ☐ 60–74 Jahre
☐ 30–44 Jahre ☐ 75–84 Jahre
☐ 45–59 Jahre ☐ 85 Jahre oder älter

Höchster Schulabschluss oder höchste Ausbildung

☐ Pflichtschule ☐ berufsbildende/allgemeinbildende höhere Schule (BHS/AHS mit Maturaabschluss)
☐ Berufsschule/Lehre ☐ Hochschule (Fachhochschule/Universität)
☐ Meisterprüfung ☐ andere Ausbildung (z. B. Kolleg, Akademie)
☐ berufsbildende mittlere Schule (BMS) ☐ kein Schulabschluss/keine Ausbildung

Aktueller Beschäftigungsstatus

☐ berufstätig (in Vollzeit, in Teilzeit, angestellt, selbstständig) ☐ in Ausbildung (Schüler:in, Lehrling, Student:in, andere Vollzeitausbildung)
☐ ausschließlich haushaltsführend ☐ Pensionist:in
☐ arbeitslos/arbeitssuchend ☐ Präsenz- oder Zivildienst
☐ arbeitsunfähig/invalid ☐ Sonstiges

Bundesland des Hauptwohnsitzes

☐ Burgenland ☐ Oberösterreich ☐ Tirol
☐ Kärnten ☐ Salzburg ☐ Vorarlberg
☐ Niederösterreich ☐ Steiermark ☐ Wien

Ich habe eine private Krankenversicherung.

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

In den letzten 12 Monaten hatte ich eine oder mehrere der folgenden chronischen Erkrankungen

 **Mehrfachantworten möglich**

☐ KEINE chronische Erkrankung

☐ Allergien	☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, chron. Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen)
☐ Diabetes mellitus Typ 1 (Zuckerkrankheit)	☐ Arthrose
☐ Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit)	☐ Harninkontinenz / spontaner Harnverlust
☐ chronische Schmerzen (z. B. Kreuzschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen)	☐ Depression
☐ Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD)	☐ sonstige chronische Erkrankung(en)

Ich beschreibe meinen derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen als ...

sehr gut ☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ schlecht ☐ sehr schlecht ☐

Ich war in den letzten 12 Monaten wegen einer Krebserkrankung in Behandlung/Betreuung.

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

2 VOR dem Krankenhausaufenthalt

Denken Sie an die Zeit vor Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt (gemeint ist der letzte Aufenthalt, bei dem Sie mindestens 1 Nacht im Krankenhaus waren) und beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Vor dem Krankenhausaufenthalt suchte ich Hilfe ...

☒ ☒ Mehrfachantworten möglich

- | | |
|--|--|
| ☐ ... bei der Hausärztin/beim Hausarzt. | ☐ ... bei einer Hotline
(z. B. 1450, Vergiftungsinformationszentrale). |
| ☐ ... bei der Fachärztin/beim Facharzt. | ☐ ... auf einem Internetportal (z. B. gesundheit.gv.at,
sozialversicherung.at, medizin-transparent.at, Website Krankenhaus). |
| ☐ ... bei einer Pflegeperson
(z. B. Wundzentrum, mobile Pflege). | ☐ ... bei einer sonstigen Fachperson oder sonstigen Anlaufstelle. |
| ☐ ... bei der Apothekerin/beim Apotheker. | ☐ Ich ging/kam direkt in das Krankenhaus /
auf die Ambulanz. ▼ weiter mit Frage (A) |
| ☐ ... bei der Therapeutin/beim Therapeuten (z. B. für
Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie) | |

An das Krankenhaus wurde ich überwiesen/vermittelt durch:

- | | |
|--|---|
| ☐ Hausärztin/Hausarzt | ☐ anderes Krankenhaus/Pflegeheim |
| ☐ Fachärztin/Facharzt | ☐ Wiederbestellung/Wiederaufnahme |
| ☐ eine Hotline (z. B. 1450, Vergiftungsinformationszentrale) | ☐ keine Überweisung/Vermittlung |

Das Krankenhaus hat mich im Vorhinein über meinen Aufenthalt auf folgende Weise informiert (z. B.: Aufnahmeprozess, notwendige Unterlagen, Ansprechperson etc.):

☒ ☒ Mehrfachantworten möglich

- | | |
|---|---|
| ☐ persönlich (Termin im Krankenhaus) | ☐ per Videobesprechung |
| ☐ postalisch (Brief) | ☐ Sonstiges |
| ☐ per E-Mail | ☐ Ich habe keine Informationen erhalten. |
| ☐ per Anruf oder SMS | |

Die Wartezeit von der Überweisung bis zur Aufnahme ins Krankenhaus war für mich...

Bitte bewerten Sie jede Zeile anhand der gegensätzlichen Wörter
(z. B. wenn Sie die Wartezeit als kurz erlebten, kreuzen Sie eher links an).

kurz	☐	☐	☐	☐	☐	lang
entspannt	☐	☐	☐	☐	☐	belastend
schmerzfrei	☐	☐	☐	☐	☐	schmerzhaft
nachvollziehbar	☐	☐	☐	☐	☐	unklar
selbstbestimmt	☐	☐	☐	☐	☐	vorgegeben

Eine Fachperson (z. B. meine Hausärztin/Fachärztin bzw. mein Hausarzt/Facharzt) hat mich ausreichend auf die Krankenhausaufnahme vorbereitet (z. B. welche Behandlung ich erhalte, welche Unterlagen ich mitbringen soll, ob ich nüchtern sein soll).

stimme
zu
☐

stimme
eher zu
☐

stimme
eher nicht zu
☐

stimme
nicht zu
☐

kann ich nicht beurteilen /
war nicht notwendig
☐

▼ weiter bei (B)

► Frage (A)

Ich ging/kam direkt in das Krankenhaus, weil ...

☒ ☒ Mehrfachantworten möglich

- | | |
|---|---|
| ☐ ... es ein Notfall/Unfall war. | ☐ ... ich keine andere Lösung wusste. |
| ☐ ... keine Ärztin / kein Arzt offen hatte. | ☐ ... ich keine andere Wahl hatte. |
| ☐ ... meine Hausärztin / mein Hausarzt bzw. meine
Fachärztin / mein Facharzt mir nicht weiterhelfen konnte. | ☐ ... ich immer ins Krankenhaus gehe. |
| ☐ ... mein Gesundheitsproblem stärker wurde. | ☐ ... die Behandlung im Krankenhaus die beste ist. |
| ☐ ... es in der Nähe war. | |

3 WÄHREND des Krankenhausaufenthalts

Denken Sie an Ihren letzten Krankenhausaufenthalt (gemeint ist der letzte Aufenthalt, bei dem Sie mindestens 1 Nacht im Krankenhaus waren) und beantworten Sie bitte folgende Fragen gemäß Ihrer persönlichen Wahrnehmung.

Anzahl der Tage meines letzten Krankenhausaufenthaltes

- | | | |
|--------------------------------|---|------------------------------------|
| ☐ 2 Tage | ☐ 8-14 Tage | ☐ keine Angabe |
| ☐ 3-4 Tage | ☐ 15-21 Tage | |
| ☐ 5-7 Tage | ☐ mehr als 3 Wochen | |

Im Krankenhaus wurden Untersuchungen wiederholt, die bereits kurz vorher durchgeführt wurden

(z. B. von meiner Hausärztin/Fachärztin bzw. meinem Hausarzt/Facharzt).

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|
| ☐ ja | ☐ nein | ☐ kann ich nicht beurteilen /
ich hatte keine Untersuchungen |
| | ▼ weiter bei (C) | ▼ weiter bei (C) |

Folgende Untersuchungen wurden im Krankenhaus wiederholt:

☒☒ Mehrfachantworten möglich

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutabnahme/Laboruntersuchung | ☐ EKG (Elektrokardiogramm) |
| ☐ Röntgen | ☐ Ultraschall |
| ☐ CT (Computertomographie) | ☐ Sonstiges |
| ☐ MRT (Magnetresonanztomographie) | |

Mir wurde ausreichend erklärt, warum die Wiederholung der Untersuchung notwendig war.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| stimme
zu | stimme
eher zu | stimme
eher nicht zu | stimme
nicht zu | kann ich nicht beurteilen /
war nicht notwendig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihren Aufenthalt im Krankenhaus zu?

	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen / nicht notwendig
Ich wurde in Entscheidungen über meine Behandlung ausreichend einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ärztinnen/Ärzte nahmen sich ausreichend Zeit für mich.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ärztinnen/Ärzte wussten stets über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegepersonen nahmen sich ausreichend Zeit für mich.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegepersonen wussten stets über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Identität (z. B. Name, Geburtsdatum) wurde vor jeder Untersuchung/Behandlung überprüft.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine chronischen Erkrankungen wurden bei der Behandlung/Betreuung ausreichend berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an alle Informationen zu Ihrer Erkrankung/Behandlung/Betreuung, die Sie im Krankenhaus erhalten haben.

Die Informationen waren ...	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
... verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐
... ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
... widersprüchlich.	☐	☐	☐	☐	☐

4 ENTlassung aus dem Krankenhaus

Der geplante Entlassungs-
termin wurde verschoben.

☐ ja, durch eine
Fachperson

☐ ja, auf meinen Wunsch hin
▼ weiter bei (D)

☐ nein
▼ weiter bei (D)

Ich wurde über den Grund der Verschiebung ausreichend informiert.

stimme
zu
☐

stimme
eher zu
☐

stimme
eher nicht zu
☐

stimme
nicht zu
☐

kann ich nicht
beurteilen
☐

► (D)

Ich hatte ausreichend Zeit, mich auf meine Entlassung und die Zeit danach vorzubereiten

(z. B. um Angehörige zu informieren, Heilbehelfe/Hilfsmittel zu organisieren).

stimme
zu
☐

stimme
eher zu
☐

stimme
eher nicht zu
☐

stimme
nicht zu
☐

kann ich nicht
beurteilen
☐

Ich hatte im Krankenhaus eine Ansprechperson (z. B. Sozialarbeiter:in, Pflegeperson), die sich speziell um meine Entlassung und/oder die Organisation meiner Weiterbetreuung kümmerte.

stimme
zu
☐

stimme
eher zu
☐

stimme
eher nicht zu
☐

stimme
nicht zu
☐

nicht notwendig/
nicht in Anspruch
genommen
☐

kann ich nicht
beurteilen
☐

5 NACH dem Krankenhausaufenthalt

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde mir eine
Weiterbehandlung/-betreuung verordnet/empfohlen

(z. B. durch Ärztin/Arzt, Pflegeeinrichtung, Therapeutin/Therapeut).

☒☒ Mehrfachantworten bei „ja“ möglich

☐ ja, schriftlich
(im Entlassungsbrief)

☐ ja, mündlich

☐ nein weiter bei (E) – Seite 7

Das Krankenhaus hat mich im Nachhinein auf folgende Weise betreut:

☒☒ Mehrfachantworten möglich

☐ persönlich (Termin im Krankenhaus)

☐ über eine App, Website des Krankenhauses
(z. B. Nachsorge-App)

☐ postalisch (Brief)

☐ Sonstiges

☐ per E-Mail

☐ Ich habe **keine Nachbetreuung** vom Krankenhaus
erhalten.

☐ per Anruf oder SMS

☐ war nicht notwendig

☐ per Videobesprechung

Die Wartezeit von der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zur weiteren Behandlung/Betreuung war für mich ...

Bitte bewerten Sie **jede Zeile** anhand der gegensätzlichen Wörter (z. B. wenn Sie die Wartezeit als kurz erlebten, kreuzen Sie eher links an).

kurz	☐	☐	☐	☐	☐	lang
entspannt	☐	☐	☐	☐	☐	belastend
schmerzfrei	☐	☐	☐	☐	☐	schmerzhaft
nachvollziehbar	☐	☐	☐	☐	☐	unklar
selbstbestimmt	☐	☐	☐	☐	☐	vorgegeben

Ich wurde aus folgenden Gründen weiterbetreut:

☒ ☒ Mehrfachantworten möglich

- | | |
|---|--|
| ☐ Rezeptausstellung | ☐ akute Beschwerden nach meinem Krankenhausaufenthalt (z. B. Schmerzen, Entzündung) |
| ☐ Ausstellung einer Überweisung | ☐ Kontrolluntersuchung |
| ☐ Krankschreibung | ☐ Betreuung aufgrund meiner chronischen Erkrankung |
| ☐ Behandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt (z. B. Verbandwechsel, Nähte entfernen) | ☐ Sonstiges |

Das Ziel meiner Weiterbetreuung wurde ausreichend mit mir besprochen.

Zu Beginn meiner Behandlung hat das zuständige Fachpersonal mit mir ausreichend über das Ziel, das erreicht werden soll, gesprochen (z. B. vollständige Genesung, Linderung der Schmerzen etc.).

stimme
zu

☐

stimme
eher zu

☐

stimme
eher nicht zu

☐

stimme
nicht zu

☐

kann ich nicht
beurteilen

☐

Nach dem Krankenhausaufenthalt wurden Sie von einer Fachperson/einer Stelle weiterbetreut bzw. waren Sie nochmals zur Kontrolle. Bitte geben Sie an, welche Fachperson/Stelle Sie am häufigsten/öftesten in Anspruch genommen haben.

Wer hat die Weiterbetreuung überwiegend übernommen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Hausärztin/Hausarzt | ☐ Pflegeeinrichtung ▼ weiter bei (F) |
| ☐ Fachärztin/Facharzt | ☐ Mobile Pflege (Krankenpflege zu Hause) ▼ weiter bei (F) |
| ☐ Krankenhaus- oder Unfallambulanz | ☐ Therapeut:in (z. B. für Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie) ▼ weiter bei (F) |
| ☐ Selbstständiges Ambulatorium | ☐ Psychologin/Psychologe ▼ weiter bei (F) |
| ☐ Primärversorgungseinheit/
Gesundheitszentrum/Gruppenpraxis | ☐ Sonstiges ▼ weiter bei (F) |
| ☐ Reha-Einrichtung | |

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zur ärztlichen Weiterbetreuung (Ordnation oder Ambulanz etc.) zu?

Die Ärztin bzw. der Arzt ...	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
... hat mich in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐
... nahm sich ausreichend Zeit für mich.	☐	☐	☐	☐	☐
... wusste über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid (z. B. durch Entlassungsbrief des Krankenhauses).	☐	☐	☐	☐	☐

Die Informationen meiner Ärztin/
meines Arztes waren...

Die Informationen meiner Ärztin/ meines Arztes waren...	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
... verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐
... ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
... widersprüchlich.	☐	☐	☐	☐	☐

Die ärztliche Weiterbetreuung wurde von einer Wahlärztin/einem Wahlarzt (Privatärztin/Privatarzt bzw. Ärztin/Arzt ohne Kassenvertrag) übernommen.

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--|
| ☐ ja, vollständig | ☐ nein | ☐ keine Angabe / kann ich nicht beurteilen |
| ☐ ja, teilweise | ▼ weiter bei (G) | ▼ weiter bei (G) |

Ich war bei einer Wahlärztin / bei einem Wahlarzt, weil ...

 **Mehrfachantworten möglich**

- ☐ ... ich Wahlärztinnen/Wahlärzte bevorzuge.
- ☐ ... ich vorher schon von dieser Wahlärztin/diesem Wahlarzt betreut/behandelt wurde.
- ☐ ... ich **schneller** einen Termin bekommen habe.
- ☐ ... ich bei einer Kassenärztin/einem Kassenarzt **keinen Termin** bekommen habe.
- ☐ ... diese/r für mich leichter erreichbar war.
- ☐ ... Sonstiges

► (G)

Im Rahmen der Weiterbetreuung wurden Untersuchungen wiederholt, die bereits kurz vorher durchgeführt wurden (z. B. im Krankenhaus, von meiner Hausärztin/Fachärztin bzw. meinem Hausarzt/Facharzt).

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|--|
| ☐ ja | ☐ nein | ☐ kann ich nicht beurteilen / ich hatte keine Untersuchungen |
| | ▼ weiter bei (F) | ▼ weiter bei (F) |

Folgende Untersuchungen wurden wiederholt:

 **Mehrfachantworten möglich**

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutabnahme/Laboruntersuchung | ☐ EKG (Elektrokardiogramm) |
| ☐ Röntgen | ☐ Ultraschall |
| ☐ CT (Computertomographie) | ☐ Sonstiges |
| ☐ MRT (Magnetresonanztomographie) | |

Mir wurde ausreichend erklärt, warum die Wiederholung der Untersuchung notwendig war.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| stimme zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme nicht zu | kann ich nicht beurteilen / war nicht notwendig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

► (F)

Die gesamte Behandlung/Betreuung (Krankenhaus und Weiterbetreuung) hat bei mir zu folgenden Änderungen geführt: Ich bin nun ...

Bitte bewerten Sie **jede Zeile** anhand der gegensätzlichen Wörter (z. B. wenn Sie eine erhöhte Beweglichkeit feststellen, kreuzen Sie eher links bei „beweglicher“ an).

beweglicher	☐	☐	☐	☐	☐	weniger beweglich
glücklicher	☐	☐	☐	☐	☐	unglücklicher
gelassener	☐	☐	☐	☐	☐	nervöser
arbeitsfähiger	☐	☐	☐	☐	☐	weniger arbeitsfähig
selbstständiger	☐	☐	☐	☐	☐	unselbstständiger

6 Kooperation/Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Bitte denken Sie an alle Fachpersonen, sowohl im Krankenhaus als auch bei der Weiterbetreuung

(z. B. Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt, Therapeut:in).

	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Ich habe widersprüchliche Informationen bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die unterschiedlichen Fachpersonen haben mir widersprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachpersonen hat gut funktioniert .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationsweitergabe über meinen Gesundheitszustand / meine Behandlung hat gut funktioniert .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe insgesamt den Eindruck, dass meine Behandlung/Betreuung gut koordiniert ist/war.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich hätte gerne **EINE** professionelle Ansprechperson, die sich um die Koordination meiner Behandlung/Betreuung kümmert.

stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen / war nicht notwendig	Ich habe bereits eine solche Person.
☐	☐	☐	☐	☐	☐

► (E)

Menschen machen Fehler. Auch im Gesundheitswesen kann das passieren.

Daher fragen wir Sie, ob Sie im letzten Jahr von so einem Fehler betroffen waren.

Ich war im letzten Jahre von einem Fehler in der Behandlung betroffen.

Unter Fehler werden beispielsweise falsch verabreichte Medikamente, Verwechslungen mit anderen Patientinnen/Patienten, Operationsfehler/Seitenverwechslungen, Ausfall von Geräten oder die Ansteckung mit Krankenhauskeimen verstanden.

☐ Ja. - Der Fehler wurde durch das Gesundheitspersonal bestätigt.	☐ Ja. - Es ist meine Vermutung, dass ein Fehler passiert ist.	☐ nein ▼ weiter bei (H)	☐ kann ich nicht beurteilen ▼ weiter bei (H)
---	---	--	---

Falls Sie im letzten Jahr von einem Fehler in der Behandlung betroffen waren, was waren Ihre subjektiven Eindrücke, wie mit Ihnen als Patientin/Patient umgegangen wurde?

	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Mir wurden aufgetretene Fehler verständlich erklärt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich mit meinen Fragen/Bedenken ernst genommen .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde darüber informiert, wie in der Gesundheitseinrichtung mit Fehlern umgegangen wird (z. B. Eingabe in ein Meldesystem, Feedback).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde darüber informiert, welche Maßnahmen aufgrund des Fehlers ergriffen wurden (z. B. Schulungen).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich bei Bedenken oder Beschwerden wenden kann (z. B. Beschwerdestelle, Patientenbeauftragte/r, Qualitätsmanagement)	☐	☐	☐	☐	☐

7 Medikamente

Im Zuge meiner Aufnahme ins Krankenhaus wurde ich nach ...	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
... den Medikamenten gefragt, die ich einnehme oder verwende.	☐	☐	☐	☐	☐
... den Nahrungsergänzungsmitteln gefragt, die ich einnehme (z. B. Vitamine).	☐	☐	☐	☐	☐

Im Zuge meiner gesamten Behandlung hat eine Fachperson **alle meine Medikamente** ausreichend mit mir besprochen (z. B. Dosierung, Zeitpunkt, Neben-/ Wechselwirkungen, Notwendigkeit).

stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	nicht notwendig/ nicht in Anspruch genommen	kann ich nicht beurteilen
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Aktuell nehme oder verwende ich regelmäßig verschiedene Medikamente (inkl. Sprays, Salben, Injektionen). Gemeint sind verordnete und nicht verordnete Medikamente, aber **keine** Nahrungsergänzungsmittel.

☐ 1–4 Medikamente ☐ 5 oder mehr Medikamente ☐ **keine** Medikamente

8 Gesamtbeurteilung – Informationen

Wir interessieren uns für die Informationen, die Sie in den letzten Monaten im Krankenhaus oder während der Weiterbetreuung erhielten. Bitte denken Sie nun an **ALLE** Ihre Besuche im Krankenhaus bzw. bei Ärztinnen/Ärzten oder sonstigen Fachpersonen.

Ich wurde ausreichend informiert...	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
... über die Zeichen einer Verschlechterung , bei denen ich erneut eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen soll.	☐	☐	☐	☐	☐
... darüber, wie ich notwendige Behandlungsschritte (z. B. Verbandwechsel, Injektionen) selbstständig durchführen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... über notwendige Untersuchungen und Tests (z. B. notwendiges Labor, Röntgen/MRT/CT).	☐	☐	☐	☐	☐
... über notwendige Behandlung(en) (z. B. notwendige Operation, Therapien).	☐	☐	☐	☐	☐
... über die Bedeutung der Untersuchungs- und Testergebnisse .	☐	☐	☐	☐	☐
... darüber, was ich zur Verbesserung meiner Gesundheit beitragen kann (z. B. Diät einhalten, nicht rauchen, mich bewegen).	☐	☐	☐	☐	☐

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Dieser Fragebogen darf – in Auszügen oder zur Gänze – nur mit Zustimmung der Gesundheit Österreich GmbH verwendet oder vervielfältigt werden!