

1 Gesundheitszustand

1a	Wie beschreiben Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen?				sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b	Wurde(n) bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden chronischen Erkrankungen festgestellt? (Mehrere Antworten sind möglich.)								
	<input type="checkbox"/> KEINE chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen (z. B. Kreuzschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen)	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD)	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> sonstige chronische Erkrankung/en	

2 Aufenthalt im Krankenhaus

Denken Sie an Ihren letzten Krankenhausaufenthalt und beantworten Sie bitte folgende Fragen: (gemeint ist der letzte Aufenthalt, bei dem Sie mindestens eine Übernachtung hatten)

2a	Was war der Hauptgrund für Ihren Krankenhausaufenthalt? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!) Behandlung = z. B. Infusionen, Physiotherapie Untersuchung = z. B. Röntgen, Ultraschall, CT	geplante Operation	geplante Behandlung OHNE Operation	geplante Untersuchung/Abklärung	Behandlung/Betreuung meiner chronischen Erkrankung	Notfall / ungeplanter Aufenthalt		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2aa	Wurden Sie wegen einer COVID-19-Infektion im Krankenhaus aufgenommen?	ja	nein	keine Angabe				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2b	Durch wen wurden Sie ins Krankenhaus überwiesen? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!) Machen Sie bitte weiter mit	Hausärztin/Hausarzt	Primärversorgungszentrum/-netzwerk	Fachärztin/Facharzt/Ambulatorium	anderes Krankenhaus/Pflegeheim	Wiederbestellung/Wiederaufnahme	Notfall	keine Überweisung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		→ weiter: Frage 2c		→ weiter: Frage 2e		→ weiter: Frage 2h		
2c	Vor dem Krankenhausaufenthalt: Als Sie mit Ihrem gesundheitlichen Problem erstmalig zur Hausärztin / zum Hausarzt oder zur Fachärztin / zum Facharzt gingen: Wie lange mussten Sie auf Ihren ersten Hausarzt-/Facharzt-Termin warten?	bis zu 1 Tag	2-7 Tage	8-14 Tage	3-4 Wochen	5-8 Wochen	mehr als 8 Wochen	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2d	Nachdem Ihnen Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt oder Ihre Fachärztin / Ihr Facharzt gesagt hat, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist: Wie lange hat es bis zur Aufnahme ins Krankenhaus gedauert?	bis zu 1 Tag	2-7 Tage	8-14 Tage	3-4 Wochen	5-8 Wochen	mehr als 8 Wochen	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2e	Als Ihr Termin zur Krankenhaus-Aufnahme vereinbart wurde: Konnten Sie den Termin mitbestimmen ?	ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein	war nicht notwendig			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2f	Wurden Sie vorab auf die Krankenhaus-Aufnahme vorbereitet (z. B. durch Haus-/Facharzt)? (wie mitzubringende Unterlagen, nüchterner Zustand, zu erwartende Behandlung)	ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein	war nicht notwendig			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

2g	Ich hatte den Eindruck, dass das Krankenhaus alle für meine Behandlung/Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte. (z. B. Vorbefunde, einzunehmende Medikamente)	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen / war nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie im Zuge der Aufnahme (bzw. beim Erstgespräch) im Krankenhaus nach Ihren verwendeten Medikamenten gefragt? **(Mehrere Antworten sind möglich.)**

2h	<input type="checkbox"/> nach verordneten Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ich wurde nicht gefragt.
	<input type="checkbox"/> auch nach nicht verordneten Medikamenten	<input type="checkbox"/> Das war nicht möglich.
	<input type="checkbox"/> nur nach bestimmten Medikamenten (z. B. blutverdünnende Präparate)	<input type="checkbox"/> Ich nehme keine Medikamente.

2i	Wie lange waren Sie bei Ihrem letzten Aufenthalt im Krankenhaus?	1-3 Tage	4-7 Tage	8-14 Tage	3-4 Wochen	mehr als 4 Wochen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2j	Wann wurden Sie nach Ihrer Aufnahme das erste Mal über Ihren voraussichtlichen Entlassungstermin informiert?	am 1. Tag	am 2. oder 3. Tag	nach mehr als 3 Tagen	erst unmittelbar vor meiner Entlassung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2k	Ich hatte ausreichend Zeit, um notwendige Vorbereitungen für die Zeit nach meiner Entlassung treffen zu können. (z. B. um Angehörige zu informieren, für die Organisation von Heilbehelfen/Hilfsmitteln)	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Vorbereitungen notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2l	Wurde der geplante Entlassungstermin verschoben?	ja, einmal	ja, zweimal	ja, öfter als zweimal	ja, auf meinen Wunsch	nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Machen Sie bitte weiter mit...			→ weiter: Frage 2m	→ weiter: Frage 2n	→ weiter: Frage 2n

2m	Wurden Sie über den Grund der Verschiebung informiert?	ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2n	Wurde Ihnen eine weitere Behandlung/Betreuung bei der Entlassung verordnet/empfohlen ? (z. B. Ärztin/Arzt, Pflegeeinrichtung, Therapeut:in)	ja, schriftlich im Entlassungsbrief	ja, mündlich	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Machen Sie bitte weiter mit ...			→ weiter: Frage 2o	→ weiter: Frage 2o	→ weiter: Frage 2q

2o	Wenn ja, wann begann Ihre weitere Behandlung/Betreuung nach Ihrer Krankenhausentlassung?	keine Behandlung/Betreuung notwendig	0 Tage (Termin noch am selben Tag)	1-7 Tage	8-14 Tage	3-4 Wochen	mehr als 4 Wochen
	Bitte beantworten Sie jede Zeile!						
	Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Primärversorgungszentrum/-netzwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internist:in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urologin/Urologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Fortführung auf der nächsten Seite

Wenn ja, wann begann Ihre weitere Behandlung/ Betreuung nach Ihrer Krankenhausentlassung?		keine Behandlung/ Betreuung notwendig	0 Tage (Termin noch am selben Tag)	1-7 Tage	8-14 Tage	3-4 Wochen	mehr als 4 Wochen
Bitte beantworten Sie jede Zeile!							
2o	Frauenärztin/Frauenarzt (Gynäkologin/Gynäkologe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Augenärztin/Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lungenfachärztin/Lungenfacharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurologin/Neurologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orthopädin/Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hautärztin/Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hals-Nasen-Ohren-Ärztin/-Arzt (HNO-Ärztin/Arzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonstige(r) Fachärztin/Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapeut:in (z. B. Physiotherapeut:in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reha-Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mobile Pflege (Hauskrankenpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbstständiges Ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(anderes) Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Gesundheitsdienstleister:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2p	Ich konnte auf den Beginn der weiteren Behandlung/Betreuung selbst Einfluss nehmen.	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2q	Hatten Sie im Krankenhaus eine Ansprechperson (z. B. Sozialarbeiter:in, Pflegeperson), die sich speziell um Ihre Entlassung und/oder die Organisation Ihrer Nachbetreuung kümmerte? Machen Sie bitte weiter mit ...	ja	nein	nicht notwendig	kann ich nicht beurteilen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		→ weiter: Frage 2r	→ weiter: Frage 2t	→ weiter: Frage 2t	→ weiter: Frage 2t

2r	Diese Ansprechperson hat sich ausreichend um meine Anliegen gekümmert.	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann hat diese Ansprechperson das erste Mal Kontakt mit Ihnen aufgenommen?			
2s	<input type="checkbox"/> am Aufnahmetag	<input type="checkbox"/> 2 Tage nach der Aufnahme	<input type="checkbox"/> 1 Tag vor der Entlassung
	<input type="checkbox"/> 1 Tag nach der Aufnahme	<input type="checkbox"/> 2 Tage vor der Entlassung	<input type="checkbox"/> Sonstiges / kann ich nicht beurteilen

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
2t	Ich wurde in Entscheidungen über meine Behandlung ausreichend einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2u	Die Ärztinnen/Ärzte nahmen sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2v	Die Ärztinnen/Ärzte wussten stets über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2w	Die Pflegepersonen nahmen sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2x	Die Pflegepersonen wussten stets über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2y	Meine Identität (z. B. Name, Geburtsdatum) wurde vor jeder Untersuchung/Behandlung überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2z	Im Krankenhaus gab es aufgrund der Corona-Situation geänderte Rahmenbedingungen (z. B. Zutrittsbeschränkungen, geänderte Besuchszeiten). Diese Änderungen waren für mich in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ab	Meine chronischen Erkrankungen wurden bei der Behandlung/Betreuung ausreichend berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	habe keine <input type="checkbox"/>

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Erkrankung/Behandlung/Betreuung im Krankenhaus zu?		stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
2ac	Die Informationen waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ad	Die Informationen waren ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ae	Die Informationen waren widersprüchlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Ärztliche Weiterbetreuung

3a	Hatten Sie nach Ihrem Krankenhausaufenthalt eine ärztliche Weiterbetreuung? Machen Sie bitte weiter mit ...	ja	nein
		<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 3b	<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 4a

Wer hat Ihre **ärztliche** Weiterbetreuung nach Ihrem Krankenhausaufenthalt **maßgeblich/überwiegend** übernommen?
 (Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen!)

3b	<input type="checkbox"/> Hausärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> Augenärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> Hautärztin/-arzt
	<input type="checkbox"/> Primärversorgungszentrum/ -netzwerk	<input type="checkbox"/> Internist:in	<input type="checkbox"/> HNO-Ärztin/-Arzt
	<input type="checkbox"/> Lungenfachärztin/-arzt	<input type="checkbox"/> Neurologin/Neurologe	<input type="checkbox"/> sonstige(r) Fachärztin/Facharzt
	<input type="checkbox"/> Urologin/Urologe	<input type="checkbox"/> Orthopädin/Orthopäde	<input type="checkbox"/> Krankenhaus- oder Unfallambulanz
	<input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt (Gynäkologin/Gynäkologe)		

Aus welchem Grund wurden Sie dort weiterbetreut? (Mehrere Antworten sind möglich.)

3c	<input type="checkbox"/> Rezeptausstellung	<input type="checkbox"/> Behandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt (z. B. Verbandwechsel, Nähte entfernen)	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung
	<input type="checkbox"/> Krankschreibung	<input type="checkbox"/> akute Beschwerden nach meinem Krankenhausaufenthalt (z. B. Schmerzen, Entzündung)	<input type="checkbox"/> Betreuung aufgrund meiner chronischen Erkrankung
	<input type="checkbox"/> Ausstellung einer Überweisung		<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ärztliche Weiterbetreuung (Ordination oder Ambulanz): Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?		stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
3d	Ich wurde in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e	Die Ärztin / Der Arzt nahm sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f	Die Ärztin / Der Arzt wusste über den aktuellen Stand meiner Erkrankung(en) Bescheid. (z. B. durch Entlassungsbrief des Krankenhauses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3g	Die Informationen meiner Ärztin/meines Arztes waren verständlich .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3h	Die Informationen meiner Ärztin/meines Arztes waren ausreichend .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3i	Die Informationen meiner Ärztin/meines Arztes waren widersprüchlich .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3j	Hätten Sie für Ihre nachfolgende Behandlung/Betreuung andere Öffnungszeiten in der Ordination/Ambulanz benötigt?	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie bitte weiter mit ...		→ weiter: Frage 3k	→ weiter: Frage 3l

Wenn ja, wann? (Mehrere Antworten sind möglich.)

3k	<input type="checkbox"/> ja, am frühen Morgen (vor 8 Uhr)	<input type="checkbox"/> ja, am Abend (nach 18 Uhr)	<input type="checkbox"/> ja, am Wochenende (Samstag/Sonntag)
----	---	---	--

3l	Die ärztliche Weiterbetreuung wurde von einer/einem Wahlärztin/Wahlarzt (Privatärztin/Privatarzt) übernommen?	ja	nein	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Behandlungserfolg

4a	Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Behandlung/ Betreuung in den letzten Monaten verbessert.	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	war nicht krank
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Leistung der nachfolgenden Gesundheitsdienstleister:innen hat zu meinem Behandlungserfolg beigetragen. Bitte beantworten Sie jede Zeile!		nicht in Anspruch genommen	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
4b	Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c	Primärversorgungszentrum/-netzwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d	Fachärztin/Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e	ärztliches Personal im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f	pflegerisches Personal im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4g	mobile Pflege (Hauskrankenpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4h	therapeutisches Personal im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4i	therapeutisches Personal außerhalb des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4j	Reha-Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4k	sonstige Gesundheitsdienstleister:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Sonstige Gesundheitsdienstleister:innen

Welche der folgenden Gesundheitsdienstleister:innen haben Sie ZUSÄTZLICH in den letzten Monaten in Anspruch genommen? (Mehrere Antworten sind möglich.)			
5a	<input type="checkbox"/> Apotheker:in	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut:in, Psychologin/Psychologe	<input type="checkbox"/> Therapeut:in/Pflegeperson in einem Primärversorgungszentrum/-netzwerk
	<input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde	<input type="checkbox"/> Ernährungsberater:in, Diätologin/Diätologe	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt mit Zusatzausbildung für Komplementärmedizin
	<input type="checkbox"/> Ergotherapeut:in	<input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung	<input type="checkbox"/> Sonstige Gesundheitsdienstleister:innen
	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut:in	<input type="checkbox"/> mobile Pflege (Hauskrankenpflege)	<input type="checkbox"/> Ich habe keine/n sonstigen Gesundheitsdienstleister:innen in Anspruch genommen.

6 Kooperation im Gesundheitswesen

6a	Wurden in den letzten Monaten von einer Ärztin / einem Arzt Untersuchungen wiederholt , die kurz zuvor bereits von einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt gemacht wurden ? Machen Sie bitte weiter mit ...	ja	nein	es wurden keine gemacht	kann ich nicht beurteilen
		<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 6b	<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 6c	<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 6c	<input type="checkbox"/> → weiter: Frage 6c

Wenn ja: Welche Untersuchungen waren das? (Mehrere Antworten sind möglich.)						
6b	<input type="checkbox"/> Blutabnahme	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> CT/MRT	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Bitte denken Sie an Ihre Behandlung/Betreuung in den letzten Monaten durch die verschiedenen Gesundheitsdienstleister:innen (z. B. Hausärztin/Hausarzt; Fachärztin/Facharzt)		stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?						
6c	Ich habe widersprüchliche Informationen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d	Die unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen haben mir widersprüchliche Behandlungsmethoden vorgeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e	Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen hat gut funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6f	Die Informationsweitergabe über meinen Gesundheitszustand / meine Behandlung hat gut funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6g	Ich habe insgesamt den Eindruck, dass meine Behandlung/Betreuung gut koordiniert ist/war.	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen	war nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6h	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	habe bereits eine solche Person	ist nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6i	Ich hätte gerne, dass meine Befunde für mich und meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte elektronisch zur Verfügung stehen (z. B. über ELGA).	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	ist nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Medikamente

7a	Wie viele verschiedene Medikamente nehmen oder verwenden Sie regelmäßig? (inkl. Sprays, Salben, Injektionen)	1-3	4-6	7 und mehr	keine
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie bitte weiter mit ...		→ weiter: Frage 7aa			→ weiter: Frage 8a

7aa	Wie viele dieser Medikamente sind Ihnen von einer Ärztin / einem Arzt verordnet worden?	1-3	4-6	7 und mehr	keine
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie bitte weiter mit ...		→ weiter: Frage 7b			→ weiter: Frage 8a

7b	Wurden Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder dem/der Apotheker:in ausreichend über Ihre verordneten Medikamente informiert? (z. B. Dosierung, Einnahmezeitpunkt, Neben-/Wechselwirkungen)	ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein	war nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7c	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ALLE Medikamente , die Sie regelmäßig einnehmen/anwenden, überprüft und mit Ihnen besprochen?	ja	nein	war nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7d	Hat der/die Apotheker:in nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ALLE Medikamente , die Sie regelmäßig einnehmen/anwenden, überprüft und mit Ihnen besprochen?	ja	nein	war nicht notwendig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Gesamtbeurteilung der erhaltenen Information

Wurden Sie in den letzten Monaten im Rahmen Ihres Krankenhaus- Aufenthalts bzw. Ihrer Weiterbetreuung über folgende Punkte informiert?		ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein	war nicht notwendig
8a	notwendige Untersuchungen und Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Bedeutung der Untersuchungs- und Testergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c	notwendige Behandlung(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d	selbstständiges Durchführen notwendiger Behandlungsschritte (z. B. Verbandwechsel, Injektionen selbst verabreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8e	was Sie zur Verbesserung Ihrer Gesundheit tun/beitragen können (z. B. Diät einhalten, nicht rauchen, sich bewegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8f	Zeichen einer Verschlechterung, bei denen Sie erneut eine Ärztin / einen Arzt aufsuchen sollten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Angaben zu Ihrer Person

9a	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
----	------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

9b	Alter	<input type="checkbox"/> 14-29 Jahre	<input type="checkbox"/> 30-44 Jahre	<input type="checkbox"/> 45-59 Jahre	<input type="checkbox"/> 60-74 Jahre	<input type="checkbox"/> 75+ Jahre
----	-------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Was ist Ihre HÖCHSTE erfolgreich abgeschlossene (schulische) Ausbildung? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)			
9c	<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> berufsbildende mittlere Schule	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule)
	<input type="checkbox"/> Berufsschule/Lehre/ Meisterprüfung	<input type="checkbox"/> AHS/BHS	<input type="checkbox"/> sonstige Ausbildung

9d	Haben Sie eine private Krankenversicherung?	ja	nein	keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschäftigungsstatus			
9e	<input type="checkbox"/> berufstätig (Voll- oder Teilzeit inkl. selbstständig)	<input type="checkbox"/> Schüler:in bzw. Student:in oder andere Vollzeitausbildung	<input type="checkbox"/> ausschließlich haushaltsführend
	<input type="checkbox"/> arbeitslos/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig/invalid	<input type="checkbox"/> Pensionist:in

Bundesland des Hauptwohnsitzes					
9f	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Salzburg
	<input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Tirol	<input type="checkbox"/> Vorarlberg	<input type="checkbox"/> Wien	

In welchem Bundesland nehmen Sie überwiegend medizinische Leistungen in Anspruch? (Hausärztin/Hausarzt, Fachärztinnen/Fachärzte, Krankenhaus etc.)					
9g	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Salzburg
	<input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Tirol	<input type="checkbox"/> Vorarlberg	<input type="checkbox"/> Wien	

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Dieser Fragebogen darf - in Auszügen oder zur Gänze - nur mit Zustimmung der GÖG/BIQG verwendet oder vervielfältigt werden!