



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten
zur Entlassung aus dem Krankenhaus

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten zur Entlassung aus dem Krankenhaus

Ansprechpartnerin:

Dr. Veronika Andorfer

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. September 2018

Datum der Abgabe:

31. Oktober 2022; Ergänzung des Nutzungshinweises am 5. Oktober 2023

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des G-BA oder des IQTIG gestattet. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.



Befragung

von Patientinnen und Patienten zur Entlassung aus dem Krankenhaus

Muster

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1) War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls)

Weiß nicht

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär)

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär)

3) Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?

Weniger als 1 Woche

1 Woche bis weniger als 2 Wochen

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen

6 Wochen oder länger

Weiß nicht

4) Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja

Nein

5) Wohin sind Sie entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/
zu Freunden, ins Betreute Wohnen) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung
(z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha-
bilitationsklinik, Hospiz) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war

Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus

Nein

Weiß nicht

Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja

Nein

Weiß nicht

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja

Nein

Weiß nicht

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?

Immer

Meistens

Selten

Nie

Weiß nicht

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer

Meistens

Selten

Nie

Weiß nicht

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht

Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Ich wollte/brauchte das nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja

Nein

Weiß nicht

16) Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Versorgung <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

21) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte
- Brauchte ich nicht
- Weiß nicht*

25) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

- Ja, für alle Hilfsmittel
- Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel
- Nein, für kein Hilfsmittel
- Brauchte ich nicht
- Weiß nicht*

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?

- Ja
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte
- Brauchte ich nicht
- Weiß nicht*

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

34) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**
- Weiß nicht* ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung

Weiß nicht

36) Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Ich wollte/brauchte das nicht

Weiß nicht

Muster

Ihre Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

37) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>die Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprachen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

- Ja
- Nein
- Brauchte ich nicht
- Weiß nicht*

Dokumente zur Entlassung

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

42) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung

Verwitwet

43) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Anzahl der Personen

44) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

Gar nicht

1-mal

2- bis 3-mal

4-mal oder mehr

Weiß nicht

45) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

Keine verschreibungspflichtigen Medikamente

1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente

3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente

5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente

Weiß nicht

46) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 49**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 48**

48) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

49) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Anderer Schulabschluss

50) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau/Hausmann
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

51) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient)

Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung)

Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen

Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

Muster

Muster