

Fragebogen für Patienten

Wir würden gerne von Ihnen erfahren, welche Hilfe und Unterstützung Sie von **Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin** im Umgang mit Ihrer Gesundheit erhalten.

Bitte halten Sie sich bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen die **letzten 6 Monate** vor Augen. Wenn Sie länger als 6 Monate nicht in der Praxis waren, denken Sie bitte an Ihren **letzten Besuch**.

In den letzten 6 Monaten...		So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
C1	haben wir beim Reden über meine Gesundheit auch über meine Ziele und Wünsche gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	hat der Arzt / die Ärztin / die Praxisassistentin mein Wissen über meine Krankheit ernst genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	haben wir miteinander beraten, was es für verschiedene Möglichkeiten geben könnte, ein gesundheitliches Problem oder eine Frage anzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	haben wir beim Reden über meine Gesundheit auch über meine Gewohnheiten oder Lebensweise gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	hat mich der Arzt/die Ärztin / die Praxisassistentin motiviert, mit meiner Krankheit möglichst gut umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	habe ich die Erfahrung gemacht, dass es gut für mich war, die Ratschläge, des Arztes / der Ärztin / der Praxisassistentin einzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	haben wir über mein Gewicht, meine Ernährung oder Bewegung gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	haben wir über meine Medikamente, ihre Wirkungen oder Nebenwirkungen gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C9	hat mir der Arzt / die Ärztin / die Praxisassistentin geholfen, mich gut an Anweisungen oder Empfehlungen zu erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10	war ich mir sicher, einen aktuellen Medikationsplan zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11	haben wir darüber gesprochen, wie meine Familie, Freunde, etc. mit meiner Krankheit umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12	habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Behandlung gut auf meinen Alltag abgestimmt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13	war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14	hat mich der Arzt/ die Ärztin /die Praxisassistentin nach einem Termin in der Praxis kontaktiert um sich nach meinem Zustand zu erkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15	Haben wir darüber gesprochen, wie die Besuche bei anderen Ärzten / Ärztinnen gelaufen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Angaben zu Ihrer Person

cD1 Geschlecht männlich
 weiblich

cD2 Alter Jahre

cD3 Muttersprache Deutsch
 Französisch
 Englisch
 Italienisch
 Rätoromanisch
 Portugiesisch
 Türkisch
 Spanisch
 Andere, bitte angeben: _____

cD4 Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?
 Primarschule
 Sekundarschule
 Mittelschule
 Berufslehre
 Fachhochschule oder Universität
 anderer Abschluss

cD5 Im Allgemeinen würde ich meinen Gesundheitszustand bezeichnen als... ausgezeichnet
 sehr gut
 gut
 mässig
 schlecht

cD6 Für welche dieser Krankheiten werden Sie in dieser Praxis behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Nierenversagen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schmerzzustände | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung | | |

Krebs, wenn ja, welche Krebserkrankung: _____
 andere Krankheit: _____

cD7 Wie viele Male waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital? mal
(Falls keine: Bitte 0 eintragen)

cD8 Wie oft hatten Sie in den letzten 6 Monaten Kontakt zu dieser Praxis (in der Praxis oder bei Hausbesuchen)? mal
(Bitte heutigen/letzten Besuch mitzählen)

cD9 Wie viele unterschiedliche Medikamente nehmen Sie regelmässig? Medikamente
(Falls keine: Bitte 0 eintragen)

cD10 **Haben Sie eine Bemerkung zu diesem Fragebogen?**

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Praxis Nr. Arzt Nr.

Fragebogen Nr. D /