

Patientenfragebogen
Patientensicherheit aus Patientenperspektive

Hier Barcode mit Praxis-ID und
fortlaufender Fragebogennummer

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Folgendes:

Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten. Kreuzen Sie dann diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen am besten beschreibt. Wenn nicht anderes angegeben, setzen Sie *pro Frage nur ein Kreuz*.

Ihre Antworten werden nur in zusammengefasster Form in dem Ergebnisbericht an die Arztpraxis wiedergegeben. D.h. die **Praxis erfährt nur**, was alle Patient*innen **zusammengefasst** auf eine Frage geantwortet haben, **nicht jedoch, was jede Person einzeln geantwortet hat**.

Die **Antworten auf die offenen Fragen**, auf die Sie in Ihren eigenen Worten antworten können, werden im Ergebnisbericht an die Arztpraxis **wörtlich** wiedergegeben.

Die **Teilnahme** an der Befragung **ist** selbstverständlich **freiwillig!**

Auch wenn Sie sich doch noch gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben:

- ▶ stecken Sie ihn in den beiliegenden Umschlag, verschließen den Umschlag und geben ihn entweder
 - ▷ in die Sammelbox, die im Wartezimmer der Arztpraxis aufgestellt istoder
 - ▷ *ohne Absenderangabe* und *ohne Briefmarke* in den Briefkasten – Porto zahlt der Empfänger.

Haben Sie noch Fragen?

Wenden Sie sich gerne an die Person, von der Sie den Fragebogen bekommen haben,
oder

schreiben an das Projektteam unter info@frag-mich.org oder
OptiMedis AG, Projekt FRAG MICH!, Burchardstr. 17, 20095 Hamburg.

Terminvergabe in dieser Praxis

1. **Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten?**

Sehr leicht	Leicht	Weder leicht noch schwer	Schwer	Sehr schwer
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Mitarbeiter*innen an der Anmeldung in dieser Praxis

2. **Werden Sie von den Mitarbeiter*innen an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen?**

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Ärztliche Behandlung in dieser Praxis

Wenn Sie von wechselnden Ärzt*innen in dieser Praxis behandelt werden, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für diejenige Person, von der Sie am häufigsten behandelt werden.

3. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?**

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. **Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?**

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?**

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen *verschiedene* Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?**

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Nicht sicher, ob es in meinem Fall verschiedene Möglichkeiten gibt
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6



-
7. **Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- 1 2 3 4 5
-
8. **Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- 1 2 3 4 5
-
9. **Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- 1 2 3 4 5
-
10. **Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- 1 2 3 4 5
-
11. **Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- 1 2 3 4 5
-
12. **Berücksichtigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung soweit dies nötig ist?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie Kann ich nicht beurteilen
- 1 2 3 4 5 6
-
13. **Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie Nicht nötig
- 1 2 3 4 5 6
-
14. **Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt dabei sein, wenn Sie dies wünschen?**
- Immer Oft Manchmal Selten Nie Nicht nötig / war noch nicht in der Situation
- 1 2 3 4 5 6
-



Ihre Medikamente

15. Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich ...

Immer Oft Manchmal Selten Nie Nicht nötig /
bekomme
keine Medi-
kamente

1. ... zu welchem **Zweck** Sie es nehmen sollen? 1 2 3 4 5 6

2. ... bei welchen **Nebenwirkungen** Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann? 1 2 3 4 5 6

3. ... **wie** Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)? 1 2 3 4 5 6

Zusammenarbeit mit Ärzt*innen aus anderen Praxen, Labors, Krankenhäusern, o.ä.

16. Kommt es vor, dass Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen **nicht vorliegen**, obwohl sie zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.)? Immer Oft Manchmal Selten Nie

1 2 3 4 5

17. Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben? Immer Oft Manchmal Selten Nie Habe keine
anderen
Ärzt*innen

1 2 3 4 5 6



Erfahrungen mit (vermeidbaren) Fehlern

Das wichtigste Ziel Ihrer Arztpraxis ist es, Sie als Patient*in bestmöglich zu behandeln. Doch dort wo Menschen arbeiten, können immer Dinge passieren, die nicht passieren sollten, sosehr die Beteiligten auch bemüht sind, sie zu vermeiden.

Beispiele für solche (vermeidbaren) Fehler wären:

- Untersuchungsergebnisse wurden verwechselt oder waren nicht mehr auffindbar,
- die Erklärung und Information hat Ihnen nicht geholfen, Ihre Diagnose oder Behandlung zu verstehen,
- Medikament erhalten, dass nicht zu Ihren anderen Medikamenten passt,
- Medikament in falscher Dosierung verschrieben bekommen,
- Untersuchung oder Behandlung wurde fehlerhaft durchgeführt,
- Diagnose wurde nicht korrekt oder verspätet gestellt,
- Überweisung zu einer Fachärztin/ einem Facharzt ist nicht oder zu spät erfolgt.

Wir möchten nun von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal ein solches oder anderes Problem bei Ihrer Behandlung erlebt haben, sofern Sie dies beurteilen können.

Denken Sie bei den nächsten Fragen an Ihre Behandlung in dieser Praxis in den letzten 12 Monaten:

18. **Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten?**

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ja | Nein | Bin nicht sicher | Kann ich nicht beurteilen |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Fehlers:

.....

.....

19. **Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)?**

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ja | Nein | Bin nicht sicher | Kann ich nicht beurteilen |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

20. **Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung?**

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Immer | Oft | Manchmal | Selten | Nie | Keinen Fehler erlebt |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Angaben zur Person

21. **Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beurteilen?**

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ausgezeichnet | Sehr gut | Gut | Mittelmäßig | Schlecht |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

22. **Haben Sie eine Erkrankung/ Beschwerden, die bereits seit mehr als 6 Monaten besteht/bestehen?**

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

23. **Sie sind ...**

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Weiblich | Männlich | Divers |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

24. **In welchem Jahr sind Sie geboren?**

--	--	--	--

25. **Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?**

- | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Universität/
Fachhochschule | Abgeschlossene
Ausbildung | Abitur | Mittlere Reife | Volks-/Hauptschule | Kein Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!