



THERAPIESTUDIEN DER AKUTEN LYMPHATISCHEN LEUKÄMIE DES ERWACHSENEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Sie haben sich dazu bereiterklärt, diesen Fragebogen auszufüllen, um sich damit an unserer Studie:

Lebensqualität und medizinische Spätfolgen bei Langzeitüberlebenden nach akuter lymphatischer Leukämie des Erwachsenen

zu beteiligen.

Dafür möchten wir uns zunächst herzlich bedanken!

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, könnten Ihnen folgende Hinweise nützlich sein:

- Suchen Sie sich einen ruhigen Platz zum Ausfüllen.
- Sollte Ihnen die Beantwortung einiger Fragen schwer fallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft. Es ist uns eine große Hilfe, wenn Sie versuchen könnten, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.
- Füllen Sie den Fragebogen spontan und zügig aus, sowie unabhängig von der Meinung einer anderen Person.
- Bei der Beantwortung interessiert uns Ihre eigene Einschätzung, dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.
- Möglicherweise werden Sie bei einigen Fragen durch die Wortwahl oder den Inhalt irritiert sein. Einige Fragen wiederholen sich auch oder ähneln einander. Die meisten der vorliegenden Fragen wurden aus dem Englischen übersetzt.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

GMALL-Studienzentrale

Kristina Ihrig/Dr. N. Gökbüget

Klinikum der J.W.Goethe Universität, Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Tel: 069 6301 – 83591, Fax: 069 6301 7463

E-mail: gmall@em.uni-frankfurt.de



Gefördert durch die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung e.V.

Welcher der folgenden Punkte hat Sie aufgrund der Leukämie wie stark beeinträchtigt? Weitere Kommentare oder Erläuterungen können Sie in das Kommentarfeld unten einbringen.					
		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
13.	Körperliche Einschränkungen sind ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Wenn Ja, welche Einschränkungen:</i>				
15.	Psychisch ist die Leukämie ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mein Verhältnis zu meinen Freunden und zur Familie/Partnerschaft ist ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Die Folgen meiner Krankheit sind ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Wenn Ja, welche Folgen:</i>				
19.	Sexuelle Beschränkungen sind ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Soziale Auswirkungen (z.B. finanzielle Einbußen; siehe auch a-d) sind ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21a	Es gab Änderungen an meinem Arbeitsplatz, die mich beeinträchtigt haben (Teilzeittätigkeit, andere Tätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21b	Ich habe meinen Arbeitsplatz verloren, weil ich die Tätigkeit nicht mehr ausüben kann z.B. aufgrund reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21c	Ich befand/befinde mich noch in der Ausbildung; aufgrund der Erkrankung gab es bezüglich der Fortführung bzw. Abschluss der Ausbildung, Schwierigkeiten durch den Ausbilder/Lehrer <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21d	Es kam zu finanziellen Einbußen/Einkommensverlusten durch die lange Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21e	Ich habe mich auf eine neue Stelle beworben und bin mit Problemen aufgrund meiner Erkrankung konfrontiert worden <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21f	Der Mangel an Beratungsangeboten zu den sozialen Auswirkungen ist ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Der Mangel an Informationen über die Leukämie ist ein Problem für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es weitere Beschwerden oder Anmerkungen, die Sie uns mitteilen möchten?					
22.					

Während der <u>letzten Woche</u>:					
		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
23.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Waren Sie bei Ihren Hobbies oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Waren Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Hatten Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Mussten Sie sich ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Hatten Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Fühlten Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Hatten Sie Appetitmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	War Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Haben Sie erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Hatten Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Hatten Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Waren Sie müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslesen oder das Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Fühlten Sie sich angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Haben Sie sich Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Waren Sie reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

51.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	ausgezeichnet						sehr schlecht

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

52.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	ausgezeichnet						sehr schlecht

Müdigkeit und Erschöpfung

Im Laufe unseres Lebens, haben die meisten von uns Zeiten, an denen sie sich sehr müde oder matt fühlen.

53. Haben Sie sich in der letzten Woche ungewöhnlich müde oder matt gefühlt? Ja Nein

Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die aussagt, welche Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie gerade jetzt fühlen:

54.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Müdigkeit						Stärkste vorstellbare Müdigkeit			

Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die Ihre **übliche** Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) in den letzten 24 Stunden beschreibt:

55.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Müdigkeit						Stärkste vorstellbare Müdigkeit			

Bitte kreuzen Sie die eine Zahl ein, die aussagt, die Ihre **stärkste** Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) in den letzten 24 Stunden beschreibt:

56.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Müdigkeit						Stärkste vorstellbare Müdigkeit			

Bitte kreuzen Sie die eine Zahl an, die angibt, wie stark Ihre Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie in den letzten 24 Stunden beeinträchtigt hat:

57.	Allgemeine Aktivität									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung						Vollständige Beeinträchtigung			
58.	Stimmung									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung						Vollständige Beeinträchtigung			
59.	Gehvermögen:									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung						Vollständige Beeinträchtigung			
60.	Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung						Vollständige Beeinträchtigung			

61.	Beziehungen zu anderen Menschen
-----	--

	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung				Vollständige Beeinträchtigung					
62.	Lebensfreude									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	keine Beeinträchtigung				Vollständige Beeinträchtigung					

*Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D. Pain Research Group, used by permission.

Patienten berichten mitunter über folgende Symptome.
Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die Symptome im abgelaufenen Monat aufgetreten sind:
Hatten Sie im abgelaufenen Monat Probleme mit :

		Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
63.	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Entzündungen im Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	Trockenheit der Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68.	Hauttrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69.	Probleme mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.	Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71.	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72.	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73.	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit Feststellung der Leukämie:			
		Nein	Ja
74.	Wurden Sie gegen grauen Star behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.	Wurden Sie gegen hormonelle Störungen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76.	Wurden Sie einer Gelenksbehandlung/-operation unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Glaube und Religion			
77.	Sind Sie gläubig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
78.	Hat sich Ihr Verhältnis zum Glauben durch die Erkrankung verändert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
79.	<i>Wenn Ja, inwiefern:</i> <input type="checkbox"/> deutliche Abwendung <input type="checkbox"/> geringe Abwendung <input type="checkbox"/> geringe Zuwendung <input type="checkbox"/> deutliche Zuwendung		
Selbsthilfe			
80.	Haben Sie Kontakt zu anderen Betroffenen/Patienten oder Selbsthilfeorganisationen aufgenommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
81.	<i>Wenn Ja, zu welcher Organisation:</i>		
82.	<i>Wenn Ja, hat Ihnen der Kontakt geholfen?</i>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
83.	Kommentare:		
Information über die Erkrankung			
84.	Haben Sie sich selbständig über Ihre Krankheit und Möglichkeiten der Unterstützung informiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
85.	<i>Wenn Ja, welche Kontakte haben Sie verwendet:</i>		
	<input type="checkbox"/> Ansprechpersonen/Stellen im Krankenhaus (nicht ihr behandelnder Arzt); welche:		
	<input type="checkbox"/> Internetseiten, z.B. <input type="checkbox"/> Kompetenznetz akute und chronische Leukämien (KNL) <input type="checkbox"/> Andere:		
86.	<i>Falls Nein, was sind die Gründe dafür?</i> <input type="checkbox"/> Sie fühlten/fühlen sich ausreichend informiert <input type="checkbox"/> Sie haben kein Interesse/kein Zugang zu Internet <input type="checkbox"/> Anderes:		

Fragen zu Partnerschaft, Familie, Kinderwunsch und Sexualität: Hat sich Ihre Ehe/Partnerschaft durch die Erkrankung verändert?	
87.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Es bestand keine Ehe/Partnerschaft
88.	Wenn Ja , inwiefern: <input type="checkbox"/> Die Beziehung ist fester, stabiler geworden <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Es kam zur Scheidung/Trennung
Wurden Sie vor Beginn der Therapie darauf hingewiesen, dass die Chemo-, bzw. Strahlentherapie Ihre Fruchtbarkeit beeinträchtigen kann?	
89.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich erinnere mich nicht mehr
Wurden Ihnen vor Beginn der Therapie Möglichkeiten zur Erhaltung der Fruchtbarkeit angeboten?	
90.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich erinnere mich nicht mehr
91.	Wenn Ja , welche Möglichkeiten ?
92.	<u>Kommentare:</u>

Zu Beginn Ihrer Erkrankung bzw. bei Diagnosestellung: Wie waren Sie mit der Aufklärung über Ihre Erkrankung insgesamt zufrieden?						
93.	Die Aufklärung war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Wie fanden Sie im Einzelnen die Information bezüglich folgender Punkte?						
		Ausführlich und verständlich	Mäßig aber ausreichend	Zu wenig oder unverständlich	Gar nicht	
94.	Aufklärung über Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
95.	Aufklärung über Therapie / Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
96.	Genaue Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
97.	Wie weit die Krankheit verbreitet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
98.	Heilungschancen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
99.	Nebenwirkungen der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100.	Ursachen der Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sicherlich sind Sie von mehreren verschiedenen Ärzten, Schwestern und Pflegern behandelt worden. Bitte kreuzen Sie an, wie Ihre Erfahrung überwiegend war

Wie haben Sie das Verhältnis zu Ihrem <u>Arzt / Ihrer Ärztin</u> während Ihrer Erkrankung erlebt?		Ja	Nein
101.	War es möglich, Ängste und Probleme mit Ihrem Arzt/Ärztin zu besprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102.	Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Arzt/Ärztin Ihnen zuhört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103.	Fühlten Sie sich von Ihrem Arzt/Ärztin verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104.	Hatte Ihr Arzt/Ärztin sie gefragt, wie Sie mit der Erkrankung zurechtkommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105.	Hatten Sie den Eindruck, dass Ihr Arzt/Ärztin sich für Sie einsetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie haben Sie das Verhältnis zum <u>Pflegepersonal</u> während Ihrer Erkrankung erlebt?			
		Ja	Nein
106.	War es möglich, Ängste und Probleme mit dem Pflegepersonal zu besprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.	Hatten Sie das Gefühl, dass das Pflegepersonal Ihnen zuhört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108.	Fühlten Sie sich vom Pflegepersonal verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109.	Hat das Pflegepersonal sie gefragt, wie Sie mit der Erkrankung zurechtkommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110.	Hatten Sie den Eindruck, dass das Pflegepersonal sich für Sie einsetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychologische Unterstützung								
		Ja						Nein
111.	Wurde Ihnen während der Behandlung eine psychologische Unterstützung angeboten?	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
112.	Wenn ja, haben Sie die psychologische Unterstützung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
113.	Wenn Ja, hat Ihnen diese Unterstützung geholfen?							
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Ja, sehr							Überhaupt nicht	

Was ermutigte Sie als Patienten am meisten während Ihres Krankenhausaufenthalts?					
		unwichtig	wichtig	War vorhanden	
				Ja	Nein
114.	Der Besuch von Freunden/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115.	Gute Besuchszeitenregelung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116.	Fürsorgliches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117.	Soziale Kontakte zu Mitpatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118.	Einzelbettzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119.	Gutes Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120.	Gottesdienst/Kapelle/Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121.	Gymnastik-, Sportmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122.	Ein angenehmes Außengelände/Natur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123.	Eine Bibliothek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124.	Fernsehen, Internetanschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125.	Sonstiges:				

Vielen Dank für Ihre freundliche Kooperation!

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme, wir wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute!
Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

GMALL Studienzentrale



Dr. N. Gökuşet



K. Ihrig