



1. Ein Patientenausweis für ALL-Patienten ist generell hilfreich für weiterbehandelnde Ärzte.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Umfang der Informationen in diesem Patientenausweis ist als Grundinformation für weiterbehandelnde <u>Hämatologen/Onkologen</u> angemessen.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Umfang der Informationen in diesem Patientenausweis ist als Grundinformation für behandelnde <u>andere Fachärzte</u> angemessen.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihre Vorschläge zum Patientenausweis bezüglich Ergänzungen: _____ Streichungen: _____ Änderungen: _____				
5. Dieser Patientenausweis könnte Ärzten helfen, andere Erkrankungen, die bei ehemaligen ALL-Patienten beobachtet wurden, besser zu erkennen.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht	Trifft überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Patientenausweis könnte den Patienten helfen, anderen Ärzten gegenüber besser über Ihre ALL-Therapie sprechen zu können.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Ausfüllen dieses Patientenausweises ist für den Arzt/das Studienpersonal schnell und einfach.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich denke, dass meine Patienten diesen Ausweis nutzen werden.				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn Sie den Ausweis <u>nicht an alle</u> Patienten weitergeben würden, welche Gründe könnte das haben? _____				
10. Ich denke, dass ich auf der Website des Kompetenznetzes Leukämie weitere Patientenausweise kostenfrei nachbestellen werde (Kompetenznetz > Ärzte > AG Lebensqualität).				
Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ihre allgemeinen Anmerkungen zum Patientenausweis:   				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Bitte senden Sie den Bogen per Fax an: 069/6301-7463