

# Umfrage zu Ihren Erfahrungen während des Klinikaufenthalts

## HINWEISE ZUM BEANTWORTEN DER FRAGEN

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig. Ihre Antworten geben uns aber wichtige Informationen.

- Bitte füllen Sie den Fragebogen nur aus, wenn der Umschlag an Sie adressiert ist. Falls nötig, kann Ihnen eine nahestehende Bezugsperson helfen.
- Beantworten Sie alle Fragen. Kreuzen Sie die Antworten an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreiben.  
Beispiel:
- Manchmal müssen Sie einige Fragen überspringen. Dann gibt ein Pfeil an, mit welcher Frage Sie fortfahren sollten.  
Beispiel:  
 Ja  
 Nein → weiter zu Frage 1

Bitte berücksichtigen Sie in Ihren Antworten nur den Klinikaufenthalt, der im Begleitbrief erwähnt ist.

### IHRE BEHANDLUNG DURCH DAS ÄRZTLICHE UND PSYCHOLOGISCHE PERSONAL

Während dieses Klinikaufenthalts, wie oft ...

- |                                                                                                |                              |                                   |                                   |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. ... wurden Sie vom ärztlichen und psychologischen Personal mit Würde und Respekt behandelt? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |
| 2. ... hörte Ihnen das ärztliche und psychologische Personal aufmerksam zu?                    | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |
| 3. ... erhielten Sie vom ärztlichen und psychologischen Personal verständliche Erklärungen?    | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |

### IHRE BEHANDLUNG DURCH DAS IN DER PFLEGE TÄTIGE PERSONAL

Während dieses Klinikaufenthalts, wie oft ...

- |                                                                                        |                                                                                       |                                   |                                   |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 4. ... wurden Sie vom in der Pflege tätigen Personal mit Würde und Respekt behandelt?  | <input type="checkbox"/> Nie                                                          | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |
| 5. ... hörte Ihnen das in der Pflege tätige Personal aufmerksam zu?                    | <input type="checkbox"/> Nie                                                          | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |
| 6. ... erhielten Sie vom in der Pflege tätigen Personal verständliche Erklärungen?     | <input type="checkbox"/> Nie                                                          | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |
| 7. ... wurde Ihnen in der erwarteten Frist geholfen, nachdem Sie darum gebeten hatten? | <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Ich habe nie Hilfe gebraucht | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Meistens | <input type="checkbox"/> Immer |

## IHRE BEHANDLUNG DURCH DAS THERAPEUTISCHE TEAM

### Während dieses Klinikaufenthalts, wie oft ...

8. ... wurden Sie vom therapeutischen Team mit Würde und Respekt behandelt?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

9. ... hörte Ihnen das therapeutische Team aufmerksam zu?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

10. ... erhielten Sie vom therapeutischen Team verständliche Erklärungen?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

## IN DER KLINIK

### Während dieses Klinikaufenthalts, wie oft ...

11. ... entsprach die Sauberkeit im Zimmer und im Bad Ihren Erwartungen?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

12. ... war nachts Ihre Zimmerumgebung ruhig?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

13. ... fanden Sie in der Klinik für sich ausreichend Rückzugsmöglichkeiten?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

## IHRE ERFAHRUNG IN DIESER KLINIK

14. Erhielten Sie während Ihres Klinikaufenthalts Medikamente, die Sie noch nie zuvor eingenommen hatten?  Ja  
 Nein → weiter zu Frage 17  
 Ich weiss nicht → weiter zu Frage 17

### Vor der Abgabe eines neuen Medikamentes, wie oft ...

15. ... klärte Sie das Klinikpersonal über dessen Zweck auf?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

16. ... erhielten Sie vom Klinikpersonal verständliche Erklärungen zu den möglichen Nebenwirkungen?  Nie  Manchmal  Meistens  Immer

## NACH IHREM KLINIKAUSTRITT

17. Gingen Sie nach Ihrem Klinikaustritt zu sich nach Hause, zu jemand anderem oder in eine andere Gesundheitseinrichtung (z.B. Rehabilitation, anderes Spital / andere Klinik, Pflegeheim, betreutes Wohnen etc.)?  Eigenes Zuhause  
 Zu jemand anderem  
 Andere Gesundheitseinrichtung → weiter zu Frage 20

### Während dieses Klinikaufenthalts ...

18. ... besprach ein Mitglied des Klinikpersonals mit Ihnen, ob Sie nach dem Klinikaustritt Hilfe benötigen?  Ja  
 Nein

19. ... informierte man Sie schriftlich, auf welche Symptome oder gesundheitlichen Probleme Sie nach Ihrem Klinikaustritt achten sollten?  Ja  
 Nein

## IHRE ANKUNFT IN DER KLINIK

20. Wurden Sie gegen Ihren Willen in die Klinik eingewiesen?  
 Ja  
 Nein
- 
21. Wurden Sie vor Ihrer Ankunft über den Ablauf des Klinikeintritts genügend informiert?  
 Überhaupt nicht  
 Teilweise  
 Ziemlich  
 Vollständig  
 Nicht relevant
- 
22. War Ihr Klinikeintritt gut organisiert?  
 Überhaupt nicht  
 Teilweise  
 Ziemlich  
 Vollständig  
 Nicht relevant

## Während dieses Klinikaufenthalts, wie oft ...

23. ... wurde Ihre Bewegungsfreiheit ohne Begründung eingeschränkt?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Nicht relevant
- 
24. ... erhielten Sie vom Klinikpersonal verständliche Erklärungen zu den Gründen für die Einschränkung Ihrer Bewegungsfreiheit?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Nicht relevant

## WÄHREND IHRES KLINIKAUFENTHALTS

25. Hatten Sie den Eindruck, dass die Kommunikation zwischen ärztlichem, psychologischem und in der Pflege tätigem Personal, therapeutischem Team und anderem Klinikpersonal in Bezug auf Ihre Behandlung gut war?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer
- 
26. Wie oft schienen ärztliches, psychologisches und in der Pflege tätiges Personal, therapeutisches Team und anderes Klinikpersonal über Ihre Behandlung informiert und auf dem Laufenden zu sein?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer
- 
27. Wie oft wurden die angekündigten Untersuchungen und Therapien zur vereinbarten Zeit durchgeführt?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Ich hatte keine Untersuchungen oder Therapien
- 
28. Erhielten Sie während dieses Klinikaufenthalts alle von Ihnen benötigten Informationen über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Behandlungen?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer
- 
29. Erhielten Sie die benötigte Unterstützung, um Ihre eventuellen Ängste, Befürchtungen oder Sorgen zu bewältigen, die Sie während des Klinikaufenthalts hatten?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Ich hatte keine Ängste, Befürchtungen oder Sorgen
- 
30. Wurden Sie in die Entscheidungen zu Ihrer Pflege und Ihren Behandlungen so einbezogen, wie Sie es wollten?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Es war nicht nötig
- 
31. Wurde Ihre Familie oder Ihre Bezugspersonen in die Entscheidungen zu Ihrer Pflege und Ihren Behandlungen so einbezogen, wie Sie es wollten?  
 Nie  
 Manchmal  
 Meistens  
 Immer  
 Ich wollte nicht, dass sie einbezogen werden / es war nicht nötig  
 Ich hatte keine Familie oder Bezugspersonen, die man hätte einbeziehen können

## IHR KLINIKAUSTRITT

32. Hatten Sie vor Ihrem Klinikaustritt ein genaues Verständnis bezüglich aller Medikamente, die Ihnen verschrieben wurden? Gemeint sind auch Medikamente, die Sie bereits vor Ihrem Klinikaufenthalt einnahmen.
- Überhaupt nicht     Teilweise     Ziemlich     Vollständig
- Nicht relevant
- 
33. Wurden Sie vom Klinikpersonal ausreichend darüber informiert, was Sie tun können, wenn Sie sich über Ihren Gesundheitszustand oder Ihre Behandlungen nach Ihrem Klinikaustritt Sorgen machen?
- Überhaupt nicht     Teilweise     Ziemlich     Vollständig
- 
34. Hatten Sie nach Ihrem Klinikaustritt ein besseres Verständnis in Bezug auf Ihren Gesundheitszustand als beim Klinikeintritt?
- Überhaupt nicht     Teilweise     Ziemlich     Vollständig

## GESAMTBEURTEILUNG DER KLINIK

35. Ihre Gesamtbewertung für die Klinik, die im Begleitschreiben aufgeführt ist. Auf der Skala von 0 bis 10 bedeutet 0 «Ich hatte eine sehr schlechte Erfahrung», 10 «Ich hatte eine sehr gute Erfahrung». (Kreuzen Sie das Kästchen unter der entsprechenden Zahl an.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte eine sehr schlechte Erfahrung									Ich hatte eine sehr gute Erfahrung	

36. Würden Sie diese Klinik Ihrem Freundeskreis und Ihrer Familie weiterempfehlen?
- Nein, auf keinen Fall     Wahrscheinlich nicht     Wahrscheinlich ja     Ja, auf jeden Fall

## FRAGEN ZU IHRER PERSON

37. Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?
- Schlecht     Weniger gut     Gut     Sehr gut     Ausgezeichnet
- 
38. Geburtsjahr (bsp. 1980)
- |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
- 
39. Geschlecht
- Männlich     Weiblich     Divers
- 
40. Versicherungsklasse für diesen Klinikaufenthalt
- Allgemein     Halbprivat/privat



Dieser Fragebogen beruht auf Fragen/Fragebogen der folgenden Institutionen, wobei die Aufschlüsselung bezüglich der genauen Quellen der Fragen über den QR-Code ersichtlich ist:

Canadian Institute for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey for Inpatient Care. January 2019. <https://www.cihi.ca/en/patient-experience/about-the-canadian-patient-experiences-survey-inpatient-care>

Adult Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey [version 18.0]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); Baltimore, Maryland (USA). September 2022. <https://hcahpsonline.org>

HCAHPS Survey Instruments. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore, MD (USA). March 2023. <https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments>