

Im Folgenden finden Sie den **Fragebogen zur erlebten Patientenorientierung (EPAT-16)** für **ambulante Settings**.

Informationen zur Entwicklung finden Sie unter:

Christalle, E., Zeh, S., Hahlweg, P., Kriston, L., Härter, M., Zill, J., & Scholl, I. (2022). Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. *Health Expectations*, 25(4), 1529-1538.

Informationen zur psychometrischen Überprüfung finden Sie unter:

Christalle, E., Zeh, S., Führes H., Schellhorn A., Hahlweg P., Zill J., Härter M., Bokemeyer C., Gallinat J., Gebhardt C., Magnussen C., Müller V., Schmalstieg-Bahr K., Strahl A., Kriston L., Scholl I. Through the patients' eyes - Psychometric evaluation of the 64-item version of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT-64). *medRxiv*. 2024:2024-03.

Der Fragebogen unterliegt einer Creative Commons Attribution-NoDerivs 4.0 International. Sie dürfen den EPAT verwenden, solange Sie die Autor:innen nennen und ihn nicht verändern.

Folgende Veränderungen sind ausdrücklich erlaubt:

- Die Instruktion auf der folgenden Seite ist eine Beispielinstruktion. Diese dürfen Sie frei anpassen.
- Sie dürfen die Formatierung nach Ihren Wünschen frei verändern.

Sollten Sie den EPAT darüber hinaus anpassen wollen, kontaktieren Sie bitte Prof. Dr. Isabelle Scholl unter [i.scholl@uke.de](mailto:i.scholl@uke.de)



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivs 4.0 International  
To view a copy of the license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Authors: Eva Christalle, Stefan Zeh & Isabelle Scholl (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany)

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, Angaben **zu Ihren Erfahrungen in dieser Ambulanz** zu machen. Die Befragung gibt uns die Möglichkeit, die Behandlung von Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Bitte unterstützen Sie uns dabei, indem Sie den Bogen sorgfältig und vollständig ausfüllen.

Bitte **denken Sie beim Ausfüllen an Ihre Erfahrungen in dieser Ambulanz innerhalb der letzten vier Wochen**. Denken Sie dabei bitte an **Ihren gesamten Arztbesuch**: Das heißt zum Beispiel an die Anmeldung, Gespräche mit Behandelnden, Untersuchungen und Behandlungen.

Die Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Es gibt **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Sie haben außerdem die Möglichkeit „betrifft mich nicht“ anzukreuzen, wenn Sie nicht in die jeweilige Situation kamen.

Zum Beispiel:

	Trifft völlig zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft weit- gehend nicht zu	Trifft über- haupt nicht zu	betrifft mich nicht
Wenn ich Schmerzen hatte, wurde mir schnell geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie keine Schmerzen hatten, antworten Sie „*betrifft mich nicht*“.

Bitte denken Sie beim Ausfüllen des Fragebogens an **Ihren gesamten Besuch** in der Ambulanz, in der Sie den Fragebogen erhalten haben.



	Trifft völlig zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft weit- gehend nicht zu	Trifft über- haupt nicht zu	betrifft mich nicht
Meine Behandelnden waren einfühlsam (zum Beispiel sind sie auf meine Gefühle eingegangen, haben Verständnis gezeigt oder haben sich in meine Situation hineinversetzt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Behandelnden vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen wurden erfragt und in der Behandlung berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Behandlung wurde meine gesamte Lebenssituation berücksichtigt (zum Beispiel Beruf, Familie und Freunde, Partnerschaft und Sexualität, Kultur und Religion, Alter oder finanzielle Verhältnisse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde genug Zeit gegeben, mein Anliegen und meine Situation zu beschreiben (zum Beispiel bisheriger Verlauf oder aktuelle Symptome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde gefragt, ob ich ergänzende Angebote nutzen möchte (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Beratung, Gesundheitskurse, Alternativmedizin/ Komplementärmedizin oder spirituelle Unterstützung/ Seelsorge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abläufe innerhalb des Teams waren gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen wollte, war diese/dieser gut erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit mir wurde besprochen, ob Folgetermine sinnvoll sind (zum Beispiel zur Nachsorge oder Weiterbehandlung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde ermutigt anzusprechen, wenn mir bei meiner Behandlung Unstimmigkeiten aufgefallen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe von den Behandelnden Informationen zu meiner Erkrankung bekommen (zum Beispiel Ursachen, Symptome, Auswirkungen oder Verlauf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war gleichwertige Partnerin oder gleichwertiger Partner auf Augenhöhe mit meinen Behandelnden (zum Beispiel bei Entscheidungen oder Austausch von Informationen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde erklärt, welche Möglichkeiten es gibt, meine Angehörigen mit in die Behandlung einzubeziehen (zum Beispiel Begleitung zur Behandlung, Teilnahme an Gesprächen oder Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde motiviert, meine Gesundheit zu verbessern, indem ich mein Verhalten ändere (zum Beispiel durch Ernährung, Bewegung, weniger Tabak oder Alkohol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Schmerzen hatte, wurde mir schnell geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden sind auf meine Ängste und Sorgen eingegangen (zum Beispiel indem sie Verständnis gezeigt und mir Mut gemacht haben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

