

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



Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, Angaben **zu Ihren Erfahrungen auf dieser Station** 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 füllen Sie den Fragebogen nach Ihrer Entlassung aus.

Bitte **denken Sie beim Ausfüllen an Ihre Erfahrungen während Ihres jetzigen Aufenthalts auf dieser Station**. Denken Sie dabei bitte an **Ihren gesamten Aufenthalt**: Das heißt zum Beispiel an die Aufnahme, Gespräche mit Behandelnden, Untersuchungen und Behandlungen. Die Aussagen in diesem Fragebogen beziehen sich auf das **gesamte Behandlungsteam** auf dieser Station (darunter fallen zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten).

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*“.

Füllen Sie den Fragebogen **nach** Ihrer Entlassung aus. Bitte denken Sie beim Ausfüllen des Fragebogens **an Ihren gesamten Aufenthalt auf der Station**, auf 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"/>

