

Im Folgenden finden Sie den **Fragebogen zur erlebten Patientenorientierung (EPAT-64)** 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:

- Sie dürfen frei entscheiden, welche Items Sie verwenden. Es handelt sich um 16 Module mit je vier Items, die jeweils eine Dimension von Patient:innenorientierung erfassen. Sie müssen nicht alle Items verwenden. Wir empfehlen aber, wenn Sie sich für ein Modul entscheiden, alle Items aus diesem Modul zu verwenden.
- Die Instruktion auf der folgenden Seite ist eine Beispielinstruktion. Diese dürfen Sie frei anpassen.
- Das Wort „Ambulanz“ darf frei angepasst werden (zum Beispiel Ersetzung durch „Praxis“).
- 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 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.



Im Folgenden geht es um den Umgang der Behandelnden mit Ihnen:

	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
Die 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"/>
Die Behandelnden haben sich respektvoll und wertschätzend verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden waren engagiert, eine Lösung für meine gesundheitlichen Belange zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich das wollte, wurden schwierige Themen von den Behandelnden direkt und offen besprochen (zum Beispiel langfristige Folgen der Erkrankung, Lebenserwartung oder Sexualität).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um das vertrauensvolle Miteinander mit Ihren Behandelnden:

	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
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"/>
Ich hatte das Gefühl, ich konnte mich meinen Behandelnden anvertrauen (zum Beispiel bei intimen oder schwierigen Themen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden wussten über meine Krankheitsgeschichte und meinen Gesundheitszustand Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Beschwerden wurden in Folgegesprächen wieder angesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es darum, wie sehr auf Sie persönlich eingegangen wurde:

	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 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"/>
Meine Behandelnden sind persönlich auf mich eingegangen und haben mich nicht als einen von vielen Menschen betrachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde gefragt und berücksichtigt, welche Ziele ich persönlich für meine Gesundheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde gefragt und berücksichtigt, welche Möglichkeiten und Fähigkeiten ich selbst mitbringe, um meine Gesundheit zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Im Folgenden geht es um die Berücksichtigung Ihrer gesamten Lebenssituation:

	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
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"/>
Ich wurde gefragt, wie sich meine Erkrankung auf mein Leben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine bisherige Krankheitsgeschichte wurde erfragt und berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über das Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Kommunikation mit Ihren Behandelnden:

	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
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"/>
Die Behandelnden verwendeten Begriffe, die ich gut verstehen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden haben mich im Gespräch angesehen und mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden haben sichergestellt, dass ich richtig verstanden habe, was sie mir erklärt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um ergänzende Angebote zusätzlich zu Ihrer Behandlung:

	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
Ich wurde gefragt, ob ich ergänzende Angebote nutze oder 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"/>
Wenn ich ergänzende Angebote genutzt habe oder nutzen wollte, wurde das akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden haben mich über Vor- und Nachteile von ergänzenden Angeboten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf wurden mir konkrete Anlaufstellen genannt, bei denen ich Informationen zu ergänzenden Angeboten bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Im Folgenden geht es um die Zusammenarbeit verschiedener Behandelnder:

	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
Die Abläufe innerhalb des Ambulanzteams waren gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das gesamte Ambulanzteam war für mich zuständig und ansprechbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Ambulanzteam hat sich über meinen aktuellen Gesundheitszustand abgesprochen (zum Beispiel waren alle über Untersuchungsergebnisse informiert).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Behandelnde innerhalb meines Ambulanzteams haben mir widersprüchliche Informationen gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihren Zugang zur Behandlung:

	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 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"/>
Ich habe rechtzeitig einen Termin bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte leicht einen Termin in der Ambulanz vereinbaren (zum Beispiel über Telefon, E-Mail oder Internetseite).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die vereinbarten Termine in der Ambulanz lagen für mich zeitlich günstig (zum Beispiel vereinbar mit Arbeit oder Schule).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Planung Ihrer Behandlung:

	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
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"/>
Mir wurde erklärt, wie lange ich ungefähr warten muss und warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden haben sich genug Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlungsschritte wurden für mich schriftlich in einem Behandlungsplan festgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Im Folgenden geht es um Ihre Sicherheit als Patientin oder Patient:

	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
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 wurde gründlich und sorgfältig untersucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir neue Medikamente verschrieben wurden, wurde ich gefragt, welche anderen Medikamente ich nehme und ob ich Unverträglichkeiten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde erklärt, an wen ich mich wenden kann, wenn ein Fehler in meiner Behandlung passiert ist oder ich mich beschweren möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Informationen, die Sie 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
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 wurde gefragt, was ich bereits über meine Erkrankung weiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde gefragt, was ich in Bezug auf meine Erkrankung wissen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Zusammenarbeit mit Ihren Behandelnden bei Entscheidungen:

	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
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"/>
Ich wurde über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich an der Entscheidung über die Behandlung so sehr beteiligen, wie ich es wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde bei der Entscheidung über die Behandlung berücksichtigt, was mir besonders wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Im Folgenden geht es um die Beteiligung von Familie und Freunden:

	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
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"/>
Wenn ich das wollte, wurden meine Angehörigen gefragt, wie stark sie in meine Behandlung einbezogen werden möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Angehörigen bekamen so viele Informationen zu meiner Erkrankung und meiner Behandlung, wie ich es wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Angehörigen wurden so viel in die Behandlung miteinbezogen, wie ich es wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es darum, wie Sie dabei unterstützt wurden, selbst aktiv an Ihrer Behandlung teilzunehmen:

	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
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"/>
Ich wurde ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde erklärt, wo ich verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zu meiner Gesundheit finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf wurden mit mir gemeinsam realistische Ziele für meine Gesundheit vereinbart (zum Beispiel täglich spazieren gehen, täglich Obst essen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Im Folgenden geht es um die Unterstützung Ihres körperlichen Wohlbefindens:

	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 ich körperliche Beschwerden hatte, wurde mir schnell geholfen (zum Beispiel bei Übelkeit oder Unruhe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde mit Vorsicht untersucht und behandelt (zum Beispiel beim Spritzengeben, Verbandswechsel oder Waschen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf wurde ich gefragt, ob ich Unterstützung beim Bewältigen von Alltagsaufgaben benötige (zum Beispiel durch einen Pflegedienst, Haushaltshilfen oder Gehhilfen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihr psychisches Wohlbefinden:

	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
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"/>
Ich hatte die Möglichkeit, mit meinen Behandelnden über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde ermutigt, über meine Gefühle zu sprechen.	<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 psychische Unterstützung wünsche (zum Beispiel psychologische Beratung, Psychotherapie oder Seelsorge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>