

Zufriedenheit allgemein

Würden Sie die Schmerztherapie in unserem Institut
Ihrem Bekanntenkreis weiterempfehlen? Ja, ganz sicher
 Ja, wahrscheinlich
 Nein*

* Falls Sie mit „Nein“ geantwortet haben: Welche Gründe sind es, dass Sie unsere Praxis nicht weiterempfehlen können?

Ihre persönliche Meinung, die Sie oben nicht anbringen konnten

Womit sind Sie speziell zufrieden gewesen?

Was muss Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Rückgabe des Fragebogens

Sie können den Fragebogen anonym ohne Namen zurückgeben. Bitte retournieren Sie ihn mittels beiliegendem Antwortkuvert ca. 8 Wochen nach Durchführung der Therapie. Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage.

Wenn Sie Fragen, Kritik oder Anregungen zu dieser Befragung haben, rufen Sie bitte unser Sekretariat an , Tel. 044 872 90 00, an.

Ihr Name (freiwillige Angabe): _____

Ich möchte wegen meiner Rückmeldung gerne kontaktiert werden.

Telefonnummer: _____

Radioviva

Patientenbefragung

CT gesteuerte Schmerztherapie

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie waren zur CT gesteuerten Schmerztherapie in unserer Praxis. Wir bitten Sie die Fragen zu beantworten, damit wir durch Ihre Rückmeldung eine interne Qualitätskontrolle und ggf. Qualitätsverbesserung durchführen können.

Für Ihre wertvollen Hinweise danken wir Ihnen sehr.

Wir wünschen Ihnen gute Genesung und für die Zukunft alles Gute.

Team Radioviva

Information

Wie beurteilen Sie die Aufklärung über die Schmerztherapie **beim Hausarzt?**

- Vollumfängliche Aufklärung. Alle meine Fragen konnten beantwortet werden
- Gute Aufklärung. Nur einzelne Fragen konnten nicht beantwortet werden
- Mangelhafte Aufklärung. Viele meiner Fragen konnten nicht beantwortet werden
- Hatte keine Aufklärung

Wie beurteilen Sie die Aufklärung über die Schmerztherapie vor der Untersuchung **in unserem Institut?**

- Vollumfängliche Aufklärung. Alle meine Fragen konnten beantwortet werden
- Gute Aufklärung. Nur einzelne Fragen konnten nicht beantwortet werden
- Mangelhafte Aufklärung. Viele meiner Fragen konnten nicht beantwortet werden
- Hatte keine Aufklärung

Bemerkungen:

Verlauf der Therapie

Wie verlief die Schmerztherapie?

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an:

Gar nicht gut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ausgezeichnet
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Begründung / Bemerkungen:

Schmerzverlauf

Versuchen Sie bitte den Schmerzverlauf seit der Behandlung wiederzugeben.

	Wie war der Schmerz im Vergleich zur Zeit vor der Schmerztherapie:			
	kein Schmerz	kleiner	gleich	grösser
1 Tag nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Woche nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wochen nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wochen nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wochen nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Wochen nach der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Erfolg der Therapie

Wie erfolgreich war die Schmerztherapie?

- Sehr erfolgreich. Ich bin schmerzfrei.
- Einigermassen erfolgreich. Der Schmerz hat sich etwa zur Hälfte verringert
- Wenig erfolgreich. Der Schmerz hat sich leicht verringert.
- Nicht erfolgreich. Der Schmerz ist gleich geblieben.

Bemerkungen: