

Zusatzmaterial zum Beitrag „Qualitative Analyse von Patientenrückmeldungen zur prähospitalen Analgesie“ von Sander H, Häberle N, Gnirke A et al. (2021) in *Notfall+Rettenungsmedizin*.
 Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen auf www.springermedizin.de zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Beitragstitel in die Suche ein.

ZuFAR2 – Zufriedenheit Fragebogen Analgesie RKiSH gGmbH 2022

Ausfülldatum: ____ . ____ . 202__ (bitte eintragen)

Medikament:
(ggf. Codierung)

Wer füllt den Fragebogen aus?

Betroffene Notfallperson selbst	Angehörige	Betroffene und Angehörige zusammen	Sonstige Personen (bitte eintragen) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Schmerzbehandlung

A.1: Aufklärung zur Behandlung: Wie zufrieden waren Sie mit der Aufklärung vor der Schmerzbehandlung?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils – teils	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden	Kann mich nicht erinnern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.2: Fragen: Wurden Ihre Fragen zu Ihrer Schmerzbehandlung vom rettungsdienstlichen Fachpersonal verständlich beantwortet?

Ja, gut verständlich	Weniger verständlich	Unverständlich	Ich hatte keine Fragen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.3: Schmerzbehandlung vor Ort: Wie zufrieden waren Sie mit den Abläufen der Schmerzbehandlung vor Ort (nach dem Eintreffen des Rettungswagens)?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils – teils	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.4: Schmerzreduktion nach Behandlung: Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzreduktion (Nachlassen des Schmerzes) bei Übergabe im Krankenhaus?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils – teils	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.5: War die angewendete Schmerzbehandlung aus Ihrer Sicht hilfreich?

Ja	Teils- teils	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Fachpersonal

B.1: Betreuung: Wie würden Sie das rettungsdienstliche Fachpersonal beurteilen bezüglich...?

	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. ... Medizinische Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Emotionale Kompetenz (z.B. Vertrauen aufbauen, beruhigen, Trost und Unterstützung vermitteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Zuhören und Ernstnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Soziale Kompetenz (z.B. Betreuung Angehöriger veranlassen, Angehörige unterstützen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Zusammenarbeit/ Führung des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Wartezeit

C.1: Wartezeit: Wie lange hat es ab Eintreffen des Rettungswagens nach Ihrer Einschätzung gedauert, bis eine schmerzreduzierende Behandlung begonnen wurde?

Weniger als 5 Minuten	5-10 Minuten	10-20 Minuten	Über 20 Minuten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.2: Beurteilung der Wartezeit: Wie beurteilen Sie die Dauer der Wartezeit in der betreffenden Situation?

Die Behandlung wurde schnell eingeleitet	Ich musste lange warten	Kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Verträglichkeit der Medikation

D.1: Verträglichkeit Medikamente: Wie wurden die verabreichten Schmerzmedikamente aus Ihrer Sicht vertragen?

Gut	Teils- teils	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.2: Nebenwirkungen und Komplikationen: Gab es Nebenwirkungen und/oder Komplikationen?

Ja	Nein	Kann mich nicht erinnern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Bewertung insgesamt

E.1: Zufrieden insgesamt: Waren Sie mit der Schmerzbehandlung insgesamt zufrieden?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils – teils	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.2. Freitext: Möchten Sie uns noch etwas zur Schmerzbehandlung durch das Rettungsteam mitteilen?

F. Angaben zu Ihrer Person

F.1: Welches Geschlecht haben Sie?

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

F.2: Wann sind Sie geboren?

Geburtsjahr: _____ (bitte eintragen)

F.3: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut	Gut	Zufrieden stellend	Weniger gut	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen
im beiliegenden Freiumschlag portofrei und anonym an:**

Quellen: Patientenzufriedenheit Notfallmedizin Innsbruck | Freiburger Index für Patientenzufriedenheit | ZUF-8-Fragebogen zur Patientenzufriedenheit | Evaluierter Fragebogen Anästhesie*1