

## Treatment Censor (TC12) of the PCOR

### Q1 Fragebogen PCOR

deutsch

français

italiano

Sehr geehrte(r) Hans Muster

Wir legen grossen Wert Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Dank unserer **Qualitätssicherung** können wir uns kontinuierlich verbessern. Dafür brauchen wir Ihre Zustimmung.

Was heisst Qualitätssicherung?

Im Verlaufe der Behandlung werden Sie eventuell aufgefordert, gewisse Fragen zu beantworten. Zusätzlich werden Angaben zu Ihrer Person, zur Diagnose und Therapie zentral erfasst. Diese Daten werden anonym ausgewertet. Von den gewonnenen Erkenntnissen profitieren Sie schon heute. Spätere Patienten profitieren von Ihren Angaben. Weitere Angaben finden Sie im Informationsschreiben des Arztes oder unter [www.hcri.ch](http://www.hcri.ch).

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Auswertungen erfolgen anonym. Falls Sie nicht wünschen, dass die Daten zur Qualitätssicherung zentral gespeichert werden, entstehen Ihnen keine Nachteile.

Unterstützen Sie unsere Qualitätssicherung?

NEIN, ich bin dagegen!

JA, ich unterstütze sie!

Abbrechen

### Q1 Fragebogen PCOR

#### 1. Welches ist Ihr heutiges Hauptleiden?

Schreiben Sie mit wenig Worten was Ihr Hauptleiden ist. Z.B. Rückenleiden

▶ [weitere Beispiele zur Auswahl](#)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf dieses Hauptleiden

#### 2. Wie stark waren Ihre Schmerzen in Bezug auf Ihr Hauptleiden in den letzten 7 Tagen?

Unerträgliche Schmerzen

Keine Schmerzen

#### 3. Wie stark schränkt Ihr Hauptleiden ihre Berufs- und Alltagsarbeit ein?

Sehr starke Einschränkung

Keine Einschränkung

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

### 4. Wie stark schränkt Ihr Hauptleiden ihre Freizeitfähigkeit ein?

Sehr starke  
Einschränkung

Keine  
Einschränkung

### 5. Wie stark schränkt Ihr Hauptleiden ihre Sportfähigkeit ein?

Sehr starke  
Einschränkung

Keine  
Einschränkung

Ich mache kein Sport

### 6. Wie stark schränkt Ihr Hauptleiden ihren Schlaf ein?

Sehr starke  
Einschränkung

Keine  
Einschränkung

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

### 7. Wie stark schränkt Ihr Hauptleiden ihre Selbstständigkeit ein?

Sehr starke  
Einschränkung

Keine  
Einschränkung

### 8. Ein gesunder Zustand wäre 100%. Wie viel Prozent von 100 ist aufgrund Ihres Hauptleidens ihr heutiger Gesundheitszustand?

Sehr schlecht 0%

Sehr gut 100%

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

### 9. Welche Tätigkeit soll durch die Behandlung am dringendsten verbessert werden?

Schreiben Sie mit wenigen Worten welches Ziel Sie sich von einer Behandlung erhoffen.

Z.B. 1 Stunde Joggen, Normal Arbeiten

▶ [weitere Beispiele zur Auswahl](#)

### Wie stark sind Sie heute bei der beschriebenen Tätigkeit beeinträchtigt?

Sehr starke  
Beeinträchtigung

Keine  
Beeinträchtigung

### 10. Welcher Zustand soll durch die Behandlung am dringendsten verbessert werden?

Schreiben Sie mit wenigen Worten welcher Zustand sich durch die Behandlung verbessern sollte. Z.B.

Rückenschmerzen, hoher Blutdruck

▶ [weitere Beispiele zur Auswahl](#)

### Wie stark sind Sie heute durch den notierten Zustand beeinträchtigt?

Sehr starke  
Beeinträchtigung

Keine  
Beeinträchtigung

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

### 11. Sind Sie:

In Ausbildung

Erwerbstätig

In Pension

### Wie ist heute Ihre Arbeitsfähigkeit in Prozent?

Arbeiten nicht  
möglich

Voll  
arbeitsfähig

100% = voll arbeitsfähig, auch wenn arbeitslos oder Teilzeitarbeit

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

12. Sind Sie auf Hilfe im Haushalt angewiesen (durch Verwandte, externe Personen etc.)?

Sind Sie auf Pflege angewiesen (Spitex, Verwandte etc.)?

Zurück



Weiter

### Self Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ); German online Version

## Q1 Fragebogen PCOR

Es folgen nun noch ein paar Fragen zu möglichen Erkrankungen

Haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme:

|                                   | Haben Sie dieses Problem?  | Erhalten Sie dafür eine Behandlung?  | Schränkt es Ihre Aktivität ein?  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Ein Herzleiden                    | <input checked="" type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/> | <input checked="" type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/> | <input type="button" value="JA"/> <input checked="" type="button" value="NEIN"/> |
| Hoher Blutdruck                   | <input type="button" value="JA"/> <input checked="" type="button" value="NEIN"/> |  |  |
| Lungen Erkrankung                 | <input type="button" value="JA"/> <input checked="" type="button" value="NEIN"/> |  |  |
| Diabetes                          | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |
| Magen-Darm Erkrankung             | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |
| Nieren Erkrankung                 | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |
| Leber Erkrankung                  | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |
| Zu wenig Blut oder Bluterkrankung | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |
| Krebs                             | <input type="button" value="JA"/> <input type="button" value="NEIN"/>            |  |  |

Zurück



Weiter

## Q1 Fragebogen PCOR

### Es folgen nun noch ein paar Fragen zu möglichen Erkrankungen

Haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme:

|   | Haben Sie dieses Problem?                                      | Erhalten Sie dafür eine Behandlung?                            | Schränkt es Ihre Aktivität ein?                                |
|---|--|--|--|
| Depression  | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |  |  |
| Gelenkleiden  | <input checked="" type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN | <input checked="" type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN |
| Rückenleiden  | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |  |  |
| Rheumatische Erkrankung                               | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |  |  |
| Haben Sie ein anderes Leiden?                         | <input checked="" type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN |  |  |
| Welches? <input type="text" value="Hoher Blutdruck"/> |  | <input checked="" type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| Haben Sie ein weiteres Leiden?                        | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN            |  |  |
| Haben Sie ein weiteres Leiden?                        | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN            |  |  |

Zurück



Speichern