



PERSONENZENTRIERTE PRIMÄRE PFLEGEMAßNAHME (PCPCM) EINSATZ- UND BERICHTERSTATTUNGSANLEITUNG

Bitte melden Sie einen kleinen Satz allgemeiner Daten, die eine weitere Verbesserung der PCPCM ermöglichen. Das folgende Formular wird vorgeschlagen, aber nicht vorgeschrieben. Die Weitergabe von Informationen ist freiwillig. Die PCPCM kann online oder am Behandlungsort bei Patienten jeden Alters und für alle Besuchsarten eingesetzt werden. Der Einsatz der PCPCM kann entsprechend den Arbeitsabläufen in der Praxis angepasst werden.

Informationen über Sie und Ihr Projekt

Bitte erzählen Sie uns ein wenig über sich. (Kontaktinformationen werden nicht öffentlich zugänglich gemacht.)

Name:	Berufsbezeichnung/Funktion und Arbeitgeber:
Telefon:	Adresse:
E-Mail:	

Zutreffendes bitte ankreuzen oder wie erbeten ausfüllen.

Um welche Art von Projekt handelt es sich?	<input type="checkbox"/> ¹ Qualitätsbewertung <input type="checkbox"/> ² Qualitätsverbesserung <input type="checkbox"/> ³ Patientenbindung <input type="checkbox"/> ⁴ Sonstiges _____
Wie werden Sie die PCPCM anwenden?	<input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² Am Behandlungsort
Wie werden Daten erhoben?	<input type="checkbox"/> ¹ Papier <input type="checkbox"/> ² Patientenportal <input type="checkbox"/> ³ Elektronisch <input type="checkbox"/> ⁴ Anderes
Werden die Ergebnisse an klinisches Personal weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ¹ Ja <input type="checkbox"/> ⁰ Nein

PCPCM-Berichtsformular

Zusammenfassung der Antworten von Patienten, die die PCPCM durchlaufen haben

Personenzentrierte primäre Pflegemaßnahme (PCPCM)	Probe (N = _____)		
	Mittelwert	SD	Bereich
Bei meiner Praxis ist es einfach, medizinisch versorgt zu werden.			
Meine Praxis ist in der Lage, den Großteil der von mir benötigten medizinischen Gesundheitsversorgung zu leisten.			
Mein Arzt berücksichtigt bei der Behandlung alle Faktoren, die sich auf meine Gesundheit auswirken können.			
Meine Praxis koordiniert die medizinische Versorgung, die ich über verschiedene Stellen beziehe.			
Bei meinem Arzt oder meiner Praxis bin ich persönlich bekannt.			

Mein Arzt und ich haben gemeinsam schon einiges durchgestanden.			
Mein Arzt und meine Praxis setzen sich für mich ein.			
Bei der medizinischen Versorgung werden auch Kenntnisse über meine Familie miteinbezogen.			
Die erhaltene medizinische Gesundheitsversorgung baut auf die Kenntnis meiner Zugehörigkeitsgemeinschaft auf.			
Langfristig hilft mir diese Praxis dabei, meine Ziele zu erreichen.			
Langfristig hilft mir die Praxis dabei, gesund zu bleiben.			

Allgemeine Daten

		Probe (N = _____)		
		N	Mittelwert oder %	SD
Alter	Jahre			
Geschlecht	Weiblich			
	Männlich			
	Nicht binär			
Sehen Sie sich selbst als Angehörige/n einer Minderheit?	Ja			
Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im Vergleich zu Gleichaltrigen ein?	Ausgezeichnet			
	Sehr gut			
	Gut			
	Zufriedenstellend			
	Schlecht			
Wie lange kennen Sie diesen Arzt bereits?	Jahre			
Wie lange kennen Sie diese Praxis bereits?	Jahre			
War es schwierig, diesen Fragebogen zu beantworten?	Ja			
Wäre es hilfreich für Ihren Arzt bzw. Ihre Praxis, die Antworten auf diesen Fragebogen zu erhalten, um besser zu verstehen, welchen Eindruck Sie von Ihrer medizinischen Versorgung haben?	Ja			
Haben Sie einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Praxis, der/die den Großteil Ihrer Gesundheitsversorgung leistet?	Ja			

www.green-center.org



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.