



PERSONENZENTRIERTE PRIMÄRPFLEGE MASSNAHME (PZPPM)

FELD- UND BERICHTERSTATTUNGSANLEITUNG

Bitte ziehen Sie in Betracht, einen kleinen Satz allgemeiner Daten zu melden, die eine weitere Verbesserung der PZPPM ermöglichen. Das folgende Formular wird vorgeschlagen, ist aber nicht erforderlich. Die Weitergabe von Informationen ist freiwillig. Die PZPPM kann online oder am Pflegeplatz bei Patienten jeden Alters und für alle Besuchsarten eingesetzt werden. Die PZPPM-Feldarbeit kann entsprechend den Arbeitsabläufen angepasst werden.

Informationen über Sie und Ihr Projekt

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

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

Alles zutreffende bitte ankreuzen oder wie gewünscht ausfüllen.

Welcher Art Projekt ist das?	<input type="checkbox"/> ¹ Qualitätsbewertung <input type="checkbox"/> ² Qualitätsverbesserung <input type="checkbox"/> ³ Patientenengagement <input type="checkbox"/> ⁴ Sonstiges _____
Wie werden Sie die PZPPM regeln?	<input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² Am
Wie werden Daten gesammelt?	<input type="checkbox"/> ¹ Papier <input type="checkbox"/> ² Patientenportal <input type="checkbox"/> ³ Elektronisch <input type="checkbox"/> ⁴ Sonstiges _____
Werden die Ergebnisse mit Ärzten geteilt?	<input type="checkbox"/> ¹ Ja <input type="checkbox"/> ⁰ Nein

PZPPM-Berichtsformular

Zusammenfassung der Antworten der Patienten, die die PZPPM abgeschlossen haben

Personenzentrierte Primärpflegemassnahme (PZPPM)	Probe (N = _____)		
	Mittelwert	Standardabweichung	Reichweite
Meine Praxis macht es mir leicht, Versorgung zu bekommen.			
Meine Praxis kann den grössten Teil meiner Versorgung bieten.			
Bei der Versorgung berücksichtigt mein Arzt/meine Ärztin alle Faktoren, die meine Gesundheit beeinflussen.			
Meine Praxis koordiniert die Versorgung, die ich von mehreren Orten bekomme.			

Mein Arzt/meine Ärztin oder meine Praxis kennt mich als Person.			
Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben viel zusammen durchgemacht.			
Mein Arzt/meine Ärztin oder meine Praxis tritt für mich ein.			
Bei der Versorgung, die ich bekomme, wird das Wissen meiner Familie berücksichtigt.			
Die Versorgung, die ich in dieser Praxis bekomme, beruht auf dem Wissen über meine Gemeinschaft.			
Mit der Zeit hilft mir meine Praxis, meine Ziele zu erreichen.			
Mit der Zeit hilft mir meine Praxis, gesund zu bleiben.			

Gemeinsame Daten

		Probe (N = _____)		
		N	Mittelwert oder %	Standardabweichung
Alter	Jahre			
Geschlecht	Weiblich			
	Männlich			
	Nicht binär			
Betrachten Sie sich als Mitglied einer Minderheitsgruppe?	Ja			
Wie ist Ihre Gesundheit im Vergleich zu anderen Personen in Ihrem Alter?	Ausgezeichnet			
	Sehr gut			
	Gut			
	Angemessen			
	Schlecht			
Wie viele Jahre kennen Sie diesen Arzt/diese Ärztin?	Jahre			
Wie viele Jahre kennen Sie diesen diese Praxis	Jahre			
War es schwierig, dieses Formular auszufüllen?	Ja			
Wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin oder Ihre Praxis die Antworten auf diese Fragen erhalten würden, würde es ihnen helfen zu verstehen, wie Sie sich in Ihrer Versorgung fühlen?	Ja			
Haben Sie einen einzigen Arzt/Ärztin oder Praxis, den/die den Grossteil Ihrer Versorgung übernimmt?	Ja			

www.green-center.org



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