

## Teil B – Über Sie und Ihre Arbeit

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen so gut wie möglich. Sie müssen jede Frage beantworten, bevor Sie die nächste ausfüllen.

### Abschnitt 1 – Wer sind Sie?

**B1**      **Welches Geschlecht haben Sie?**

- Männlich                       Weiblich

**B2**      **Ihr Alter in Jahren:**

- 20 – 29  
 30 – 39  
 40 – 49  
 50 – 59  
 60 – 64  
 65 – 69  
 70 – 79  
 80 oder älter

**B3**      **Sprachkenntnisse:**

	Fluessend	Gut	Gebrochen/ Limitiert	Keine
Deutsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Französisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Italienisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rumantsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Englisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Abschnitt 2 – Ihre Osteopathie-Ausbildung

**B4** In welchem Jahr haben Sie Ihre Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?

Jahr: \_ \_ \_ \_

**B5** In welchem Land haben Sie Ihre Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?

Land: \_\_\_\_\_

**B6** Akademische Ausbildung

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

	Diplom	Bachelor	Master	PhD	CAS	DAS	MAS
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Gesundheitsberuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geisteswissenschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturwissenschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftsfachschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B7** Welche GDK-Prüfungen haben Sie erfolgreich abgelegt?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Prüfung für OsteopathInnen die vor der GDK Reglementierung tätig waren (bis 2012)
- 1. Prüfung (Grundwissen)
- 2. Prüfung (klinisch)
- Antrag auf rechtliche Anerkennung einer internationalen staatlichen Registrierung – gleichwertig mit 1. Prüfung

**B8** In welchem Jahr haben Sie Ihre letzte GDK-Prüfung abgelegt oder einen Antrag auf rechtliche Anerkennung Ihrer internationalen staatlichen Registrierung gestellt?

*Jahr:* \_ \_ \_ \_ \_

**B9** Haben Sie 2016 als OsteopathIn praktiziert?

- Ja (weiter mit Abschnitt 4 – Ihre beruflichen Aktivitäten als praktizierende/r OsteopathIn)
- Nein (weiter mit Abschnitt 3 – Ihre beruflichen Aktivitäten als nicht praktizierende/r OsteopathIn)

## Abschnitt 3 – Ihre beruflichen Aktivitäten als nicht praktizierende/r OsteopathIn

**B10** In welchem Jahr haben Sie aufgehört als OsteopathIn zu arbeiten?

*Jahr:* \_ \_ \_ \_

**B11** Weshalb?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Elternzeit
- Fortsetzung meiner Ausbildung
- Pensionierung
- Gesundheitliche Probleme
- Andere klinische Tätigkeit
- Lehrtätigkeit/Forschung
- Arbeit in einem anderen Fachgebiet
- Anderes (bitte angeben): \_\_\_\_\_

(weiter mit B29)

## Abschnitt 4 – Ihre beruflichen Aktivitäten als praktizierende/r OsteopathIn

**B12** Wie viele Wochen haben Sie 2016 als OsteopathIn gearbeitet?

(Tipp: Um zu wissen wie viele Wochen Sie gearbeitet haben, können Sie ihre Anzahl Ferienwochen von 52 abziehen.)

Wochen: \_\_

**B13** Wie viele Stunden haben Sie 2016 in einer durchschnittlichen Arbeitswoche mit den folgenden Tätigkeiten zugebracht?

	Stunden
Klinische Tätigkeit als OsteopathIn	--
Supervision anderer OsteopathInnen	--
Geschäftsleitung/administrative Aufgaben	--

**B14** Welchen Beschäftigungsstatus hatten Sie 2016?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Selbstständige/r OsteopathIn
- Angestellte/r AssistentIn in einer Osteopathie-Praxis
- Angestellte/r MitarbeiterIn in einer Osteopathie-Praxis
- Ehrenamtliche Tätigkeit als OsteopathIn
- Anderes (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**B15** Wie viel haben Sie 2016 in einer normalen Arbeitswoche (42 Std.) an diesen Arbeitsorten gearbeitet?

(runden Sie auf die nächst höheren 10%)

	Nie	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Private osteopathische Einzelpraxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private Gemeinschaftspraxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fest zugeordnetes Behandlungszimmer zuhause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemischter Wohn- und Behandlungsraum zuhause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei den Patienten zuhause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziales Fürsorgezentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (bitte angeben):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B16** In welcher Sprachregion haben Sie 2016 regelmässig als OsteopathIn gearbeitet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Französischsprachige Schweiz
- Deutschsprachige Schweiz
- Italienischsprachige Schweiz
- Romanischsprachige Schweiz

**B17** In welchem Gebiet haben Sie 2016 regelmässig als OsteopathIn gearbeitet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Städtisches Gebiet (Agglomerationen mit 20'000 oder mehr Einwohnern)
- Ländliches Gebiet

**B18 Haben Sie Arbeits-KollegInnen mit welchen Sie anonymisierte Fallgeschichten besprechen können?**

(an oder ausserhalb Ihres/-r Arbeitsplatzes/-plätze)

- Ja
- Nein (weiter mit B19)

**B18b Mit wem besprechen Sie Ihre Fälle?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

	<u>An Ihren</u> Arbeitsplätzen	<u>Ausserhalb</u> Ihrer Arbeitsplätze
Osteopathie-AssistentInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie-SupervisorInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie-KollegInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HausärztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GynäkologInnen/GeburtshelferInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KinderärztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RheumatologInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SportmedizinerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZahnärztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere FachärztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PhysiotherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ChiropraktikerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ApothekerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ErgotherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ErnährungsberaterInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PsychologInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LogopädInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorik-TherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Gesundheitsfachpersonen aus verwandten Berufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AkupunkteurInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HomöopathInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KinesiologInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioenergie-TherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Komplementär-TherapeutInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B19 Auf welchen Therapeutenlisten der Krankenkassen waren Sie 2016 für die Rückerstattung der Behandlungskosten anerkannt?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- EMR/RME
- ASCA
- EGK/SNE
- NVS
- Visana-Gruppe
- Helsana-Gruppe
- SVO-FSO Weiterbildungsliste
- Keine der vorherigen

**B20 Wie viele Patienten haben Sie 2016 als OsteopathIn empfangen?**

	Anzahl
In einer normalen Woche (Mo-Fr)	---
An einem normalen Wochenende (So+Sa)	--

**B21 Wie viele neue Patienten hatten Sie schätzungsweise in einer durchschnittlichen Woche in 2016?**

Anzahl: ----



**B22** Wie viel Zeit planen Sie ein für die folgenden Termine und wie viel berechnen Sie?

Neue Patienten	__ Min. CHF ___
Wiederkehrende Patienten mit neuen Beschwerden	__ Min.. CHF ___
Wiederkehrende Patienten mit den gleichen Beschwerden (Folgekonsultation)	__ Min. CHF ___
Kurze Notfallkonsultationen	__ Min. CHF ___
Hausbesuche	__ Min. CHF ___

**B23** Haben Sie Patienten 2016 ermässigte Behandlungskosten angeboten falls Sie von ihren finanziellen Schwierigkeiten wussten?

Immer	Oft	Manchmal	Nie	N.Z.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B24** Schätzen Sie den Prozentsatz Ihrer Patienten ein, bei denen Sie in Ihrer osteopathischen Praxis 2016 die folgenden Techniken und Behandlungen angewandt haben.

	keine	1-10%	11-50%	51-90%	91-100%
Weichteiltechniken (z.B. für Muskeln)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilisation der Gelenke/Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HVLA-Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Craniale Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelenergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strain-Counterstrain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionelle Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
General osteopathic treatment (GOT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viszerale Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myofascial Release (MFR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhibitionstechniken (z.B. Triggerpunkte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biodynamische Methode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine manuelle Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Übungen - Kräftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungen - Dehnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungen - Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungen - Achtsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungstechniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung in Fragen der Lebensweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurowissenschaftliche Schmerzlehre (PNE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfehlung einer Selbstmedikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungstherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthotik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dry needling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflanzenheilkunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angewandte oder klinische Kinesiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bioresonanz-Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verschreibung eines Medikaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injektionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (bitte angeben): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B25** Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patienten ein, die eine Zusatzversicherung haben, welche die Osteopathie rückvergütet?

(runden Sie auf die nächsten 10%)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B26** Welchen Prozentsatz Ihrer Zeit haben Sie 2016 in einer normalen Arbeitswoche verwendet, um die folgenden Gruppen zu behandeln?

(runden Sie auf die nächst höheren 10% - da wir aufrunden, kann es vorkommen, dass Ihr Total mehr als 100% ist)

	Keine	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<b>Kleinkinder</b> (<1 Jahr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kinder</b> (1–12 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Jugendliche</b> (13-17 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Schwangere</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>SportlerInnen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Auftretende KünstlerInnen</b> (z.B. TänzerInnen, MusikerInnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ältere Personen</b> (>65 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Andere Erwachsene</b> (18-64 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tiere</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B27 Haben Sie 2016 eine der folgenden intimen Untersuchungen durchgeführt?**

	Ja	Nein
Genitale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rektale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Mundhöhle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung des Gehörgangs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Falls Sie alle fünf Fragen mit 'Nein' beantwortet haben, weiter mit B28)

**B27b Wie erhalten Sie normalerweise das Einverständnis für die folgenden intimen Untersuchungen?**

	Stillschweigend	Mündlich	Schriftlich	Mündlich und schriftlich	Keines erhalten	N.Z.
Genitale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rektale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Mundhöhle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung des Gehörgangs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B27c** Wie oft haben Sie Ihre Patienten gefragt, ob sie die Anwesenheit einer Begleitperson wünschen?

	Immer	Normalerweise	Manchmal	Nie	N.Z.
Genitale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rektale Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung der Mundhöhle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung des Gehörgangs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B28** Sprechen Sie normalerweise mit den Patienten über die folgenden Punkte?

	Ja	Nein
Ihre Richtlinien in Bezug auf die Absage von Terminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Richtlinien in Bezug auf den Umgang mit persönlichen Daten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Richtlinien in Bezug auf die Vertraulichkeit der Daten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die gegenwärtigen Beschwerden (Abmachung welche Beschwerden priorisiert werden sollen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voraussichtliche Reaktion auf die Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voraussichtliche Anzahl Behandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten, ein Wiederauftreten zu verhindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B29** Bei welchen osteopathischen Berufsverbänden waren Sie 2016 Mitglied?  
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Schweizerischer Verband der Osteopathen SVO-FSO (einschliesslich kantonaler Sektionen)
- SwissOsteo
- SAGOM/SAMM
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**B30 Hatten Sie 2016 neben Ihrer Arbeit als OsteopathIn eine andere berufliche Tätigkeit?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Nein
- Andere nicht osteopathische Tätigkeit im Gesundheitsbereich (bitte angeben): \_\_\_\_\_
- Lehrtätigkeit auf dem Gebiet der Osteopathie
- Unterricht von Auszubildenden in anderen Gesundheitsberufen
- Forschung
- Studium
- Arbeit in einem anderen Fachgebiet
- Anderes (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**B31 Wie viele Weiterbildungsstunden (CPD) haben Sie 2016 in den folgenden Themengebieten absolviert?**

(Bitte schreiben Sie "0" wenn Sie kein CPD im Themengebiet absolviert haben)

Strukturiert aufgebaute Lehrgänge in Osteopathie	__ Stunden
Strukturiert aufgebaute Lehrgänge in anderen Fachgebieten	__ Stunden
Vorlesungen	__ Stunden
Gruppen oder Praxis Treffen	__ Stunden
Hochschul-/ Universitätsbildung	__ Stunden
Unterricht/Betreuung/Seminare	__ Stunden
Veröffentlichungen	__ Stunden
Fernstudium	__ Stunden
Lesen und Besprechen von wissenschaftlichen Artikeln	__ Stunden
Kongress/Konferenz	__ Stunden
Internetrecherche	__ Stunden
Anderes (bitte angeben): _____	__ Stunden

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Teil C der Umfrage zu lesen und auszufüllen.  
Beginnen Sie nun mit Teil C.

Falls Sie Fragen, oder Probleme bei der Dateneingabe haben, können Sie Roy Macdonald während den normalen Bürozeiten am Mittwoch, Donnerstagnachmittag oder Freitagmorgen unter +41 (0)26 429 6113 oder [roy.macdonald@hefr.ch](mailto:roy.macdonald@hefr.ch) erreichen.