

Teil C: Anonyme Patienteninformationen

Abschnitt 1 – Patient _____ [1 - 4] auswählen

Die Daten, die Sie in diesem Abschnitt eingeben, können nicht mit Ihrer Identität in Verbindung gebracht werden und werden getrennt von den in Teil B eingegebenen Daten gespeichert. *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen für die Patienten verzichtet.*

Schlagen Sie bitte die folgenden Daten und Zeiten in Ihrem Terminkalender nach und bestimmen Sie den ersten Patienten, den Sie in den folgenden 24 Stunden empfangen haben. Dieser Patient kann entweder neu sein oder ein bestehender Patient sein, der zurückkehrt mit einer neuen Episode (also mit neuen oder wiederkehrenden Beschwerden, die mindestens während sechs Wochen ausgeblieben sind).

Um ein Datum und eine Zeit zu erhalten, scannen Sie den QR-code mit Ihrem smartphone. Falls Sie keinen QR-reader installiert haben, können Sie diesen in Ihrem AppStore gratis herunterladen. Alternativ, können Sie die Adresse in Ihren Browser eingeben.



bit.ly/2n5Fcub

C1_1 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
 - Nein
-

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_2 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_3 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_4 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_5 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
 - Nein
-

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_6 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_7 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_8 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_9 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
 - Nein
-

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_10 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_11 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Bitte aktualisieren Sie die Seite um ein neues Datum zu erhalten.

C1_12 Haben Sie innerhalb der folgenden 24 Stunden einen neuen Patienten oder einen wiederkehrenden Patienten mit einer neuen Episode empfangen?

- Ja (weiter mit C2)
- Nein

Es scheint als hätten Sie Probleme ein passendes Datum zu finden.

Bitte kontaktieren Sie Roy Macdonald unter roy.macdonald@hefr.ch um einen auf Sie zugeschnittenen Zeitraum zu erhalten.

C2 In welchem Monat fand diese Konsultation statt?

C3 An welchem Wochentag fand die Konsultation statt?

C4 Um welche Zeit begann die Konsultation?

- Vor 8:00 Uhr
- Zwischen 8:00 und 9:59 Uhr
- Zwischen 10:00 und 15:59 Uhr
- Zwischen 16:00 und 17:59 Uhr
- Nach 18:00 Uhr

(weiter mit Abschnitt 2 – Allgemeine Patienteninformationen)

Abschnitt 2 – Allgemeine Patienteninformationen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen für die Patienten verzichtet.

Wir empfehlen Ihnen, eine Notiz in den Unterlagen Ihres Patienten zu hinterlassen, um in der Zukunft nachvollziehen zu können, ob Sie diese Unterlagen für das SwissOsteoSurvey benutzt haben. Falls Ihr Patient Sie bezüglich des SwissOsteoSurvey anfragt, können Sie ihm somit Auskunft geben, ob seine Daten benutzt wurden.

Die folgenden Fragen können Sie nun basierend auf den Unterlagen Ihres Patienten ausfüllen.

C5 Geschlecht des Patienten:

(wählen Sie das Geschlecht mit welchem sich der Patient identifiziert, falls das Geschlecht nicht eindeutig ist)

- Männlich Weiblich

C6 Ist Ihr Patient über 2 Jahre alt?

- Ja (weiter mit C6b)
 Nein (weiter mit C6c)

C6b Patientenalter in Jahren: --
(weiter mit C7)

C6c Patientenalter in Monaten: --

C7 Wohnregion:

- Genferseeregion (GE, VD, VS)
 Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO)
 Nordwestschweiz und Zürich (AG, BS, BL, ZH)
 Ostschweiz (AI, AR, GL, SG, SH, TG)
 Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)
 Tessin und Graubünden (TI, GR)

C8 **Wie würden Sie den derzeitigen Beschäftigungsstatus des Patienten beschreiben?**
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- SchülerIn/StudentIn
 - Kindergarten
 - Primarschule
 - Sekundarschule
 - Tertiäre Ausbildung (Hochschule/Universität)
- Selbstständig
 - Zu wie vielen Stellenprozent? (42h/w = 100%)
 - Weiss nicht/nicht notiert
- Angestellt
 - Zu wie vielen Stellenprozent? (42h/w = 100%)
 - Weiss nicht/nicht notiert
- Hausfrau/Hausmann
- Derzeit nicht am Arbeiten/Studieren
 - Nicht erwerbstätig aus gesundheitlichen Gründen
 - Pensioniert
 - Klein-/Kind
 - Anderes (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert

C9 **War der Patient je zuvor in osteopathischer Behandlung?**
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ja, bei mir aufgrund einer früheren Episode der gleichen Beschwerden
- Ja, bei mir aufgrund anderer Beschwerden
- Ja, bei einem anderen Osteopathen
- Nein
- Weiss nicht/nicht notiert

C10 **Wurde der Patient von jemandem überwiesen?**

- Ja
- Nein (weiter mit C11)
- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C11)

C10b Wer hat den Patienten an Sie überwiesen?

- Hausarzt /-ärztin
- ApothekerIn
- ChiropraktikerIn
- Ein/e andere/r Facharzt /-ärztin, bitte angeben_____
- Ein/e andere/r OsteopathIn
(einschliesslich einer Assistentin/eines Assistenten)
- Hebamme
- PhysiotherapeutIn
- ErgotherapeutIn
- ErnährungsberaterIn
- Pflegefachperson
- Eine andere Fachperson aus einem verwandten Gesundheitsberuf, bitte angeben_____
- KompletmetärtherapeutIn

C11 Wie lange musste der Patient warten, bis er einen Termin bekam?

- 1 Tag oder weniger
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- 8 Tage oder mehr
- Weiss nicht/nicht notiert

Abschnitt 3 – Informationen über die Beschwerden des Patienten bei der ersten Konsultation

C12 Wie würden Sie die Hauptbeschwerden beschreiben?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Schmerz oder Dysfunktion des Bewegungsapparats
- Beschwerden im Kindesalter
- Zahnmedizinisch/kieferorthopädisch
- Hals-Nasen-Ohren
- Neurologisch
- Rheumatologisch
- Magen-Darm
- Schwangerschaftsbedingt
- Gynäkologisch
- Psychologisch
- Endokrinologisch
- Respiratorisch
- Kardiovaskulär
- Urogenital
- Dermatologisch
- Ophthalmologisch
- Allgemein/unspezifisch
- Präventiv
- Andere (bitte angeben): _____

C13 Wie lange hat der Patient diese Beschwerden, inklusive vorheriger Episoden?

- 24h oder weniger
- 1–2 Tage
- 2–7 Tage
- 1–4 Wochen
- 1–6 Monate
- 6–12 Monate
- 1–2 Jahre
- 2–5 Jahre
- 5–10 Jahre
- Länger als 10 Jahre
- Weiss nicht/nicht notiert

C14 Wie lange musste der Patient bevor dieser ersten Konsultation aufgrund seiner Beschwerden von der Arbeit/Schule fernbleiben?

- Er hat immer gearbeitet/ ging immer zur Schule
- 24h oder weniger
- 1–2 Tage
- 2–7 Tage
- 1–4 Wochen
- 1–6 Monate
- 6–24 Monate
- Länger als 24 Monate
- Weiss nicht/nicht notiert

C15 Wurde der Patient für diese Episode bereits anderweitig behandelt oder untersucht?

- Ja
- Nein (weiter mit C16)
- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C16)

C15b **Wen hat der Patient bereits zuvor für diese Episode aufgesucht?**
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Hausarzt /-ärztin
- ApothekerIn
- PhysiotherapeutIn
- Ein/e andere/r OsteopathIn
- Ein/e andere/r Osteopathie-AssistentIn
- KompletmetärtherapeutIn
- Facharzt /-ärztin (bitte angeben): _____
- Andere (bitte angeben): _____

C15c **Welche Untersuchungen wurden hinsichtlich dieser Beschwerden bereits durchgeführt und haben Sie den Bericht oder die vollen Testergebnisse eingesehen?**
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

	Durchgeführt	Eingesehen	
		Bericht	Testergebnisse
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Art der Bildgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C15d Welche Art der Behandlung hat der Patient für diese Episode bereits erhalten?
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Selbstmedikation
- Verschriebene Medikamente
- Manuelle Therapie
- Operation
- Komplementärmedizin
- Andere (bitte angeben): _____

C16 Beschreiben Sie bitte den Beginn der Symptome

- Traumatischer Auslöser
- Akuter/Plötzlicher Beginn (nicht-traumatisch)
- Langsamer/schleichender Beginn
- Weiss nicht/nicht notiert

C17 Um welche Beschwerde-Episode handelt es sich?

- Erste Episode
- Zweite Episode
- Dritte Episode
- Vierte Episode oder mehr
- Weiss nicht/nicht notiert

C18 Haben Sie den Schweregrad der Hauptsymptome bei der ersten Konsultation dokumentiert?

- Ja
- Nein (weiter mit C18c)

C18b Dokumentierter Schweregrad:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Symptome				Mittelmässig				Am Schlimmsten		

(weiter mit C19)

C18c Bitte schätzen Sie den Schweregrad der Hauptsymptome ein:

- Keine Symptome
- Gering
- Mittel
- Schwer
- Am schlimmsten
- Weiss nicht/nicht notiert

C19 Geben Sie bis zu vier vorherrschende Symptombereiche an, nach der Priorisierung des Patienten:

Körperregion	1.	2.	3.	4.
Kopf-/Gesichtsbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ellbogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handgelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lumbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilio-sakral/Becken/Leiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesäss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberschenkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unterschenkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knöchel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C20 Welche anderen Leiden die ärztlich diagnostiziert worden sind hat der Patient gegenwärtig?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Weiss nicht/nicht notiert
- Keine

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck
- Angina Pectoris
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Schlaganfall/TIA (vorübergehende Durchblutungsstörung)
- Periphere Gefässerkrankung
- Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung

Psychische Erkrankungen

- Angststörung
- Depression
- Demenz
- Andere psychische Erkrankung

Rheumatische Erkrankungen

- Arthritis
- Osteoporose
- Andere rheumatische Erkrankung

Sensorische und neurologische Störungen

- Migräne
- Hörbehinderung
- Sehbehinderung
- Neurologische Erkrankung
- Andere neurologische Störung

Atemwegserkrankungen

- Asthma
- COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Andere Atemwegserkrankungen

Nieren-/Lebererkrankungen

- Nierenleiden
- Leberleiden
- Andere Nieren-/Lebererkrankungen

Verdauungsstörungen

- Erkrankung des oberen Magen-Darm-Trakts
- Entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa)
- Reizdarm
- Andere diagnostizierte Verdauungsstörungen

Allgemeine Krankheitsbilder/Befindlichkeit

- Schwangerschaft
- Anämie
- Diabetes
- Krebs
- Anderes (bitte angeben): _____

Abschnitt 4 – Behandlung und Patientenführung

C21 Welche der folgenden Untersuchungen haben Sie während der ersten Konsultation durchgeführt?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C22)
- Keine (weiter mit C22)
- Observation
- Palpation der Position/Strukturen
- Palpation der Schmerzempfindlichkeit
- Gelenk und Wirbelsäulenmobilität
- Test der Qualität der Bewegung im Gelenk
- Viszerale Mobilität
- Craniale Mobilität
- Faszialer Test
- Neurolymphatische Reflextests (z.B. Chapman- und Jarricot-Reflex)
- Nervendehnungstest
- Muskelfunktion
- Orthopädische Tests
- Abklopfen und Auskultation
- Neurologische Untersuchungen
- Patienten-Fragenkataloge (z.B. Oswestry Disability Index)
- Otoskopie (Hals/Nase/Ohren)
- Ophthalmoskopie (Augen)
- Diagnostische Bildgebung (z.B. Röntgen, MRT)
- Blutanalyse
- Urinanalyse
- Andere (bitte angeben): _____

C21b Wie erfolgte das Einverständnis zur Untersuchung?

(wir möchten wiederholen, dass Sie aufgrund Ihrer Antworten nicht identifiziert werden können)

- Stillschweigendes Einverständnis
- Mündlich
- Schriftlich
- Schriftlich und mündlich
- Anderes (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert
- Kein Einverständnis erhalten

C22 Welcher Behandlungsplan wurde mit dem Patienten vereinbart?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Osteopathische Behandlung mit mehreren Sitzungen
- Einzelkonsultation
- Patient wurde überwiesen
- Kein Behandlungsplan vereinbart
- Weiss nicht/nicht notiert

C23 Welche Behandlungsmethoden wurden beim Patienten angewendet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C24)
- Keine (weiter mit C24)
- Weichteiltechniken (für die Muskulatur)
- Mobilisation der Gelenke/Wirbelsäule
- HVLA-Technik
- Craniale Techniken
- Muskelenergie
- Strain-Counterstrain
- Funktionelle Technik
- General osteopathic treatment (GOT)
- Viszerale Technik
- Myofascial Release (MFR)
- Inhibitionstechnik (z.B. Triggerpunkte)
- Biodynamische Methode

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

C23b Wie erfolgte das Einverständnis zur Behandlung?

(wir möchten wiederholen, dass Sie aufgrund Ihrer Antworten nicht identifiziert werden können)

- Stillschweigendes Einverständnis
- Mündlich
- Schriftlich
- Schriftlich und mündlich
- Anderes (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert
- Kein Einverständnis erhalten

C24 Wurde eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt und haben Sie das Einverständnis dafür erhalten?

(das Einverständnis gilt nur, wenn der Patient die ausdrückliche Möglichkeit hatte, die Behandlung zu verweigern)

Untersuchung	Durchgeführt		Ausdrückliches Einverständnis	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Rektal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehörgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-HVLA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BWS-HVLA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LWS-HVLA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C25 Haben Sie einen der folgenden Punkte mit dem Patienten diskutiert?

	Ja	Nein	Weiss nicht
Behandlungsmöglichkeiten für die gegenwärtigen Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voraussichtliche Reaktion auf die Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voraussichtliche Anzahl Behandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten, ein Wiederauftreten zu verhindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Erklärung für die gegenwärtigen Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C26 Welche Selbstbehandlungsstrategien haben Sie dem Patienten empfohlen?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Weiss nicht/nicht notiert
- Keine
- Wärmezufuhr
- Kältezufuhr
- Wechselbäder
- PECH Regel (Pause, Eis, Compression, Hochlagern)

- Ruhe
- Kräftigungsübungen
- Dehnungsübungen
- Koordinationsübungen
- Achtsamkeitsübungen
- Allgemeine körperliche Aktivität
- Entspannungstipps
- Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivitäten
- Vitamine oder andere Nahrungsergänzungen
- Naturheilmittel
- Naturheilkundliche neuromuskuläre Techniken (Kinesiologie)
- Anderes (bitte angeben): _____

C27 Wer hat den Grossteil der Behandlung bezahlt?

- Der Patient
- Privatversicherung des Patienten
- Unfallversicherung des Arbeitgebers
- Private Unfallversicherung
- Invalidenversicherung
- Der Arbeitgeber des Patienten
- Anderes (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert

C28 Ist ein Versicherungsfall oder eine Schadenersatzklage im Zusammenhang mit den gegenwärtigen Beschwerden hängig?

- Ja
- Nein
- Weiss nicht/nicht notiert

C29 Wie gross war der Zeitaufwand für die erste Konsultation?

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C30)

_____ *Minuten*

C29b Wie viel Zeit haben Sie (ungefähr) für die folgenden Aspekte aufgewendet?
(Geben Sie "999" ein, wenn Sie dies nicht wissen/nicht notiert haben)

Anamnese	__ Min.
Untersuchung	__ Min.
Gespräch über die Behandlung	__ Min.
Gespräch über das Einverständnis	__ Min.
Behandlung	__ Min.
Empfehlungen und Unterstützung (einschliesslich psychologischer Betreuung)	__ Min.
Administration	__ Min.
Anderes	__ Min.

C30 Hat der Patient eine zweite Konsultation wahrgenommen?

- Ja (weiter mit C31)
- Nein

C30b Warum nicht?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Der Patient wurde an eine andere Gesundheitsfachperson überwiesen
- Der Patient wurde entlassen
- Der Patient hat abgelehnt, eine weitere Sitzung zu vereinbaren
- Der Patient hat eine vereinbarte Sitzung nicht wahrgenommen
- Der Patient hat die Sitzung abgesagt
- Weiss nicht/nicht notiert

(weiter mit C43)

Abschnitt 5 – Die zweite Konsultation

C31 Hat der Patient von Komplikationen als eine Folge der ersten Behandlung berichtet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Nein
- Weiss nicht/nicht notiert
- Stärkerer Schmerz
- Erhöhte Steifigkeit
- Schwindel
- Übelkeit
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
- Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis
(Falls bekannt, bitte angeben): _____
- Anderes (bitte angeben): _____

C32 Wie fühlte sich der Patient nach der ersten Konsultation?

- Schlimmer denn je
- Viel schlimmer
- Schlimmer
- Keine Veränderung
- Besser
- Viel besser
- Besser denn je
- Weiss nicht/nicht notiert

C33 Welche Behandlungsmethoden wurden bei der zweiten Konsultation des Patienten verwendet?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C34)
- Keine (weiter mit C34)
- Weichteiltechniken (z.B. für Muskeln)
- Mobilisation der Gelenke/Wirbelsäule
- HVLA-Technik
- Craniale Techniken
- Muskelenergie
- Strain-Counterstrain
- Funktionelle Technik
- General osteopathic treatment (GOT)
- Viszerale Technik
- Myofascial Release (MFR)
- Inhibitionstechnik (z.B. Triggerpunkte)
- Biodynamische Methode
- Keine manuelle Behandlung
- Übungen - Kräftigung
- Übungen - Dehnung
- Übungen - Koordination
- Übungen - Achtsamkeit
- Entspannungstechniken
- Selbst-Management
- Beratung in Fragen der Lebensweise
- Neurowissenschaftliche Schmerzlehre (PNE)
- Ernährungsberatung
- Empfehlung einer Selbstmedikation
- Ernährungstherapie
- Orthotik
- Psychologische Behandlung
- Hypnose
- Akupunktur
- Dry needling

- Homöopathie
- Pflanzenheilkunde
- Angewandte oder klinische Kinesiologie
- Bioresonanz-Therapie
- Elektrotherapie
- Verschreibung eines Medikaments
- Injektionen
- Andere (bitte angeben): _____

C34 Welche Selbstbehandlungsstrategien haben Sie dem Patienten empfohlen?

- Weiss nicht/nicht notiert
- Keine
- Wärmezufuhr
- Kältezufuhr
- Wechselbäder
- PECH Regel (Pause, Eis, Compression, Hochlagern)
- Ruhe
- Kräftigungsübungen
- Dehnungsübungen
- Koordinationsübungen
- Achtsamkeitsübungen
- Allgemeine körperliche Aktivität
- Entspannungstipps
- Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivitäten
- Vitamine oder andere Nahrungsergänzungen
- Naturheilmittel
- Naturheilkundliche neuromuskuläre Techniken (Kinesiologie)
- Anderes (bitte angeben): _____

C35 Aufgewendete Zeit für die zweite Konsultation

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C36)

_____ *Minuten*

C36 **Hat der Patient eine dritte Konsultation wahrgenommen?**

- Ja (weiter mit C37)
- Nein (weiter mit C40)

Abschnitt 6 – Letzte Konsultation für die ursprüngliche Behandlung der Episode

C37 Gesamtzahl der Behandlungen für diese Episode
(einschliesslich der letzten Konsultation):

- Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C40)

Anzahl: __

**C38 Berichtet der Patient immer noch von Komplikationen als eine Folge der
Behandlung?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Nein
- Weiss nicht/nicht notiert
- Stärkerer Schmerz
- Erhöhte Steifigkeit
- Schwindel
- Übelkeit
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
- Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis
(Falls bekannt, bitte angeben): _____
- Anderes (bitte angeben): _____

C39 Wie war der allgemeine Zustand des Patienten nach der letzten Konsultation?

- Schlimmer denn je
- Viel schlimmer
- Schlimmer
- Keine Veränderung
- Besser
- Viel besser
- Besser denn je
- Weiss nicht/nicht notiert

C40 Dauer der Behandlung für diese Episode:

(erste bis letzte Konsultation)

wählen Sie die zutreffendere Skala

Wochen __ Monate __

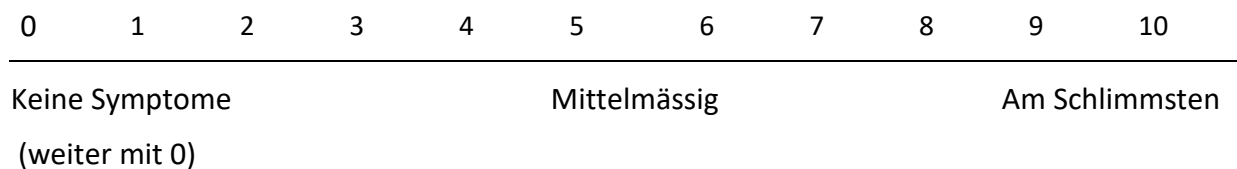
C41 Hat der Patient die Behandlungsreihe für diese Episode abgeschlossen?

- Ja
- Nein, Behandlung dauert immer noch an
- Der Patient ist nicht zurückgekommen (Grund unbekannt)
- Behandlung krankheitshalber beendet
- Behandlung aus finanziellen Gründen beendet
- Behandlung aus anderen Gründen beendet (bitte angeben): _____

C42 Haben Sie den Schweregrad der Hauptsymptome bei der letzten Konsultation dokumentiert?

- Ja
- Nein (weiter mit C42c)

C42b Dokumentierter Schweregrad:



C42c Bitte schätzen Sie den Schweregrad der Hauptsymptome bei der letzten Konsultation ein:

- Keine Symptome
- Gering
- Mittel
- Schwer
- Am schlimmsten
- Weiss nicht/nicht notiert

C43 Wurden die Behandlungsziele erreicht?

- Weiss nicht/nicht notiert

Überhaupt nicht	Teilweise	Grösstenteils	Vollständig	N.Z.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C44 Musste der Patient durch die Folgen seiner Beschwerden seit der ersten Konsultation dieser Episode von seiner Arbeit/Schule fernbleiben?

- Ja
 Nein (weiter mit C45)
 Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C45)

C44b War es dem Patienten möglich zur Arbeit/Schule zurückzukehren?

- Ja
 Nein (weiter mit C45)
 Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C45)

C44c Wie lange nach der Konsultation konnte der Patient zurückkehren?

- Am selben Tag
 Am Folgetag
 2–7 Tage
 1–4 Wochen
 1–6 Monate
 6–12 Monate
 Mehr als 12 Monate
 Weiss nicht/nicht notiert

C45 Haben Sie die/den Hausärztin/-arzt des Patienten während dieser Behandlungsreihe kontaktiert?

- Ja
 Nein (weiter mit C46)
 Weiss nicht/nicht notiert (weiter mit C46)

C45b **Weshalb haben die/den Hausärztin/-arzt des Patienten kontaktiert?**
(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Der Patient wurde von der/dem Hausärztin/-arzt überwiesen
- Um weitere Informationen oder Untersuchungen zu beantragen
- Die/den Hausärztin/-arzt hat Informationen verlangt
- Um eine Überweisung für eine andere Behandlung zu besprechen
- Anderes (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert

C46 **Was wurde anlässlich der letzten Konsultation für den künftigen Behandlungsverlauf des Patienten vereinbart?**

- Weiss nicht/nicht notiert
- Es wurde nichts vereinbart
- Patient wurde entlassen
- Patient hat sich entschieden, für periodische Behandlungen zurückzukommen
- Patient wartet auf Untersuchungsergebnisse
- Patient wurde für weitere Untersuchungen/Behandlungen überwiesen
- Behandlungsreihe dauert immer noch an
- Patient wird sich, falls nötig, für weitere Behandlungen melden
- Anderes (bitte angeben): _____

C47 **Hat der Patient seit der ersten Konsultation für seine gegenwärtigen Hauptbeschwerden jemanden anderen als Sie für Hilfe aufgesucht?**

- Ja
- Nein (weiter zum Ende dieses Abschnitts)
- Weiss nicht/nicht notiert (weiter zum Ende dieses Abschnitts)

C47b Wenn hat der Patient aufgesucht?

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Unfall-/Notfallstation
- Seine/n Hausärztin/-arzt
- Eine/n andere/n Osteopathin/-en
- Zahnarzt/-ärztin/Kieferorthopäde/-in
- Andere/r Fachärztin/-arzt (bitte angeben): _____
- KomplementärtherapeutIn (bitte angeben): _____
- Psychologe/-in
- Andere Gesundheitsfachperson (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert

C47c Geben Sie bitte an, an wen Sie den Patienten überwiesen haben:

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ich habe den Patienten nicht überwiesen
- Unfall-/Notfallstation
- Seine/n Hausärztin/-arzt
- Eine/n andere/n Osteopathin/-en
- Zahnarzt/-ärztin/Kieferorthopäde/-in
- Andere/r Fachärztin/-arzt (bitte angeben): _____
- KomplementärtherapeutIn (bitte angeben): _____
- Psychologe/-in
- Andere Gesundheitsfachperson (bitte angeben): _____
- Weiss nicht/nicht notiert

Abschluss der Dateneingabe

Vielen Dank für das Ausfüllen der Angaben über Ihren Patienten. Falls Sie Fragen, oder Probleme bei der Eingabe ins System 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 erreichen.

ENDE DER UMFRAGE