



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt beteiligt sich an einer Qualitätssicherungsmaßnahme in der Palliativmedizin. Dieses Projekt wird an mehr als 50 Palliativstationen und Hospizen, mit Krankenhaus-Abteilungen, sowie palliativärztlichen und –pflegerischen ambulanten Diensten durchgeführt.

Grundlage der Qualitätssicherung ist **die Dokumentation von Ihren Symptomen und Problemen, deren Behandlung und den Erfolgen der Behandlung**. Die Dokumentation geschieht in einem einheitlichen Formular (HOPE), das als Standard für Hospiz- und Palliativeinrichtungen entwickelt wurde. Das Formular besteht aus mehreren Teilen für die Ärzte, Pflegenden und ggf. anderen Berufsgruppen und aus einem Fragebogen für Sie, die Patientinnen und Patienten. In diesem Fragebogen sollen Sie selber über Ihre Beschwerden (z. B. Schmerzen) und Ihr Befinden Auskunft geben. Denn niemand kennt Ihre Situation so gut wie Sie selbst.

Wir bitten Sie, den **Fragebogen so sorgfältig und vollständig** wie möglich auszufüllen, auch wenn einzelne Fragen für Ihre Situation eventuell nicht zutreffend sind. Wenn Sie einzelne Fragen oder den ganzen Fragebogen nicht beantworten, wird das natürlich keine Nachteile für Sie oder für Ihre weitere Behandlung haben.

Die in diesem Fragebogen erhobenen Daten werden mittels eines EDV-Systems gespeichert und anonym (also ohne Ihren Namen) bundesweit ausgewertet. Ein Auszug kann an das Hospiz- und Palliativregister gehen und steht dort zur Versorgungsforschung zur Verfügung. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und werden nach den Bestimmungen des Datenschutzes vor Missbrauch geschützt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Die Koordinationsgruppe
der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE)



Einverständniserklärung

Ich bin durch meinen behandelnden Arzt Frau/Herrn _____ über die Dokumentation und Fragebogenerhebung aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Speicherung und Auswertung der in diesem Fragebogen erhobenen Daten in anonymisierter Form einverstanden.

Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt mein Einverständnis zurückziehen, werden meine Daten gelöscht.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten, der Patientin:

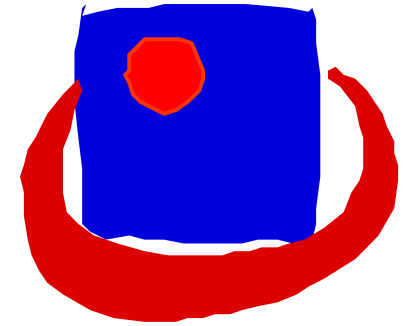
Stempel der Einrichtung



Kontakt zu HOPE

Telefon-Information: 033203/80858

Email-Information: info@clara-klifo.de



HOPE

**Hospiz- und Palliativ-
Erfassung**



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

*Einverständniserklärung
nach Information
durch den Arzt*