

## UMFRAGE

Version 4.0

### Teil A – Registrierung

#### **Willkommen!**

##### I. Weshalb ist diese Umfrage wichtig?

Unseren Schätzungen zufolge, gibt es in der Schweiz mehr als 1000 praktizierende Osteopathinnen und Osteopathen mit einem interkantonalen Diplom in Osteopathie. Im Juni 2016 hat das Schweizer Parlament das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) verabschiedet, in dem die Osteopathie als Beruf der medizinischen Grundversorgung anerkannt wird. Bis jetzt ist nur wenig über die Leistungen bekannt, welche die Osteopathinnen und Osteopathen anbieten, und welchen Beitrag Sie zur Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz leisten. Aus diesem Grund haben Sie, die Osteopathinnen und Osteopathen der Schweiz, sich dazu entschieden, eine Studie zu unterstützen die das Bewusstsein für ihre Arbeit und den Beruf im Allgemeinen fördert. Die Schweizerische Stiftung für die Ausbildung und Forschung in der Osteopathie hat in der Folge die Hochschule für Gesundheit Fribourg (HEdS-FR) damit beauftragt, eine Evaluation der osteopathischen Leistungen in der Schweiz durchzuführen.

Diese Studie hat zum Ziel, die Rolle der Osteopathie innerhalb des schweizerischen Gesundheitssystems besser zu verstehen. Hierzu soll die Art und der Umfang der osteopathischen Arbeit in der Schweiz genau bestimmt werden. Zudem wird erforscht, welche Patientinnen und Patienten sich osteopathisch behandeln lassen.

Die von Ihnen gelieferten Angaben werden eine präzisere Beschreibung des Berufs erlauben und dazu beitragen, Ausbildungsziele zu formulieren, Weiterbildungen zu planen und Forschungsschwerpunkte zu bestimmen. Diese Daten werden Statistiken und Informationen liefern, die in Verhandlungen mit Entscheidungsträgern auf nationaler Ebene verwendet werden können. Ihre Angaben ermöglichen es zudem, internationale Vergleiche zu ziehen und nationale Prioritäten für den Beruf im Rahmen der internationalen Förderung der Osteopathie zu bestimmen.

In der Schweiz soll die Studie den Osteopathinnen und Osteopathen dabei helfen, ihre Arbeit anderen Gesundheitsfachleuten und der Öffentlichkeit vorzustellen. Dies soll wiederum zu einer besseren Anerkennung des wertvollen Beitrags führen, den Sie zur medizinischen Grundversorgung in unserem Land leisten.

## II. Wer kann daran teilnehmen?

Teilnehmen können entweder ein(e) ausgebildete(r) OsteopathIn dipl. GDK-CDS oder Osteopathie-Assistent(in) die für eine(n) OsteopathIn dipl. GDK-CDS arbeiten.

## III. Wie ist die Umfrage aufgebaut?

Die Umfrage ist in drei Teile gegliedert: A, B und C. Sie lesen gerade Teil A, in welchem der Zweck der Umfrage und die Auswertung der von Ihnen gelieferten Angaben erklärt werden.

Teil B richtet sich an praktizierende und nicht praktizierende Osteopathinnen und Osteopathen. Er umfasst 29 kurze Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit. Deren Beantwortung sollte nicht mehr als 10-15 Minuten in Anspruch nehmen und erfordert kein zusätzliches Material.

Teil C richtet sich nur an Osteopathinnen und Osteopathen, die 2016 eine klinische Tätigkeit ausgeübt haben. Die Fragen betreffen die Patienten, die Sie 2016 behandelt haben und die Art der erbrachten Leistungen. Im Idealfall liefern die Teilnehmenden anonymisierte Informationen zu insgesamt vier zufällig ausgewählten Patienten.

Je nach Komplexität des Falls wird die Eingabe der Daten für jeden Patienten zwischen 5-20 Minuten in Anspruch nehmen. Teil C ist so konzipiert, dass Sie ihn auch etappenweise ausfüllen können. Um sicherzustellen, dass das Forschungsteam nicht in der Lage ist, aus Ihren Antworten auf Ihre Identität zu schliessen, werden die Daten in Teil C anonymisiert und getrennt von den Daten in Teil B gespeichert.

## IV. Weshalb soll ich an der Umfrage teilnehmen?

Ihre Teilnahme wird einen wichtigen Beitrag für den Beruf leisten. Die Informationen über Ihre Tätigkeit werden nicht nur die Bekanntheit Ihrer Arbeit steigern, sondern es auch ermöglichen, Weiterbildungskonzepte die Ihren Bedürfnissen entsprechen zu entwickeln.

Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Falls Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden sollten, wären wir Ihnen sehr dankbar, uns die Gründe dafür mitzuteilen.

Diese Umfrage ist nur sinnvoll, wenn sie unsere Realität als Osteopathinnen und Osteopathen widerspiegelt. Es ist deshalb wichtig, dass Sie die Fragen so präzise wie möglich beantworten. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte das Feld "weiss nicht/nicht notiert" an.

## V. Muss ich das Einverständnis meiner Patienten einholen, um ihre Unterlagen für diese Umfrage zu verwenden?

Nein, da diese Studie sich mit der Auswertung von anonymisierten, nicht personenbezogenen Daten befasst. Die Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten haben bestätigt, dass Sie unter diesen Umständen nicht verpflichtet sind, das Einverständnis Ihrer Patienten einzuholen, um ihre Unterlagen dazu zu verwenden, diesen Fragebogen auszufüllen. Um den Bekanntheitsgrad dieser Studie, welche die Qualität der Osteopathie und ihrer Leistungen verbessern soll, bei Ihren Patienten zu erhöhen, empfehlen wir Ihnen dennoch, die folgende Datei herunterzuladen und auszudrucken. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie in keiner Weise dazu verpflichtet sind.



[bit.ly/2nKPfW8](http://bit.ly/2nKPfW8)

## VI. Wohin kommen meine Daten, und wer und wie werden sie verwendet?

Die von Ihnen eingegebenen Daten werden verschlüsselt und über das Internet verschickt. Dafür wird RedCap verwendet, eine spezialisierte Software, die von der Universität Vanderbilt für Non-Profit-Organisationen entwickelt wurde, um streng gesicherte Umfragen und Studien mit potenziell sensiblen Daten durchzuführen. Dieses System wird Ihre Daten in ein zertifiziertes Datenzentrum an der Hochschule für Technik und Architektur Freiburg übermitteln. Der Datenschutz ist bei der Verarbeitung und dem Hosting der Daten jederzeit gewährleistet. Die Antworten werden anonymisiert und die IP-Adressen sind für die

Forschenden nicht zugänglich. Das System verwaltet Ihren Umfragestatus automatisch, d.h., es ist für das Forscherteam unmöglich, Sie aufgrund Ihrer Antworten zu identifizieren. Zum vollständig anonymisierten Daten-Set hat nur das Forschungsteam der HEdS-FR Zugang. Die Daten bleiben Eigentum der HEdS-FR, welche sie für den wissenschaftlichen Fortschritt, die Identifizierung künftiger Forschungsfragen, und die Erarbeitung von richtlinien- und dienstleistungsbezogenen Empfehlungen verwenden wird. Der Studienbericht wird öffentlich zugänglich sein. Die Schweizerische Stiftung für die Ausbildung und Forschung in der Osteopathie hat das Recht, die Forschungsergebnisse zu verwenden und zu verbreiten, wie sie es für zweckmässig hält.

## VII. Was bringt mir meine Teilnahme?

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie mit, die Qualität der Umfrage sicherzustellen. Ihr Beitrag ist nicht nur für Sie persönlich von Bedeutung, sondern auch für den gesamten Berufsstand und Ihre künftigen Patienten. Die Teilnahme an der Studie zählt zudem als 6 Stunden Weiterbildung. Auf Anfrage stellen wir Ihnen eine vom SVO-FSO anerkannte Weiterbildungsbescheinigung unter der Kategorie C aus.

## VIII. Was ist bei Fragen zur Umfrage zu tun?

Die oben aufgeführten Informationen können auch unserer Website entnommen werden.



[bit.ly/2myDzGk](http://bit.ly/2myDzGk)

Bitte wenden Sie sich bei Fragen während den normalen Bürozeiten am Mittwoch, Donnerstagnachmittag oder Freitagmorgen an Roy Macdonald unter +41 (0)26 429 6113 oder [roy.macdonald@hefr.ch](mailto:roy.macdonald@hefr.ch).

## IX. Mein Einverständnis

Indem Sie einer Teilnahme zustimmen, bestätigen Sie, dass Sie die vorangehenden Informationen gelesen und verstanden haben. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie können diese jederzeit widerrufen.

Diese Umfrage wurde für Mobiltelefone optimiert. Wir empfehlen Ihnen die Antworten mit einem Smartphone mit Touchscreen auszufüllen.

### **A1 Erklären Sie sich mit einer Teilnahme einverstanden?**

- Ja (weiter mit A5)
- Nein

X. Können Sie uns die Gründe dafür angeben?

**A2 Weshalb haben Sie sich gegen eine Teilnahme an der Studie entschieden?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ich erfülle die Teilnahmebedingungen nicht (Schweizer OsteopathIn dipl. GDK-CDS oder AssistentIn)
- Ich habe nicht genügend Zeit
- Ich bin an Forschung nicht interessiert
- Ich wurde nicht ausreichend informiert
- Ich glaube nicht, dass diese Umfrage für den Beruf nützlich ist
- Ich möchte nicht, dass Informationen über meine Arbeit dazu verwendet wird, den Beruf der/des Osteopathin/-en zu beschreiben
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**A3 Arbeitet ein/e AssistentIn für Sie?**

(AssistentInnen sind Osteopathen welche unter Ihrer Supervision ihre Assistenzzeit absolvieren)

- Ja
- Nein (weiter mit A4)

**A3b Wie viele Ihrer AssistentInnen erfüllen die Anforderungen für die zweite GDK-Prüfung, sobald sie ihre Assistenzzeit abgeschlossen haben?**

(Damit sind AssistentInnen gemeint, welche zum Ziel haben das Diplom der GDK zu erlangen und nach Abschluss Ihrer zweijährigen Assistenzzeit zur zweiten Prüfung zugelassen werden. Falls Sie dies nicht wissen, geben Sie die Anzahl der AssistentInnen die für Sie arbeiten ein.)

Anzahl: \_\_

**A3c Kontaktangaben der AssistentInnen**

Bitte geben Sie die E-Mail-Adressen Ihrer AssistentInnen an. Diese Frage ist nicht mit Ihren anderen Antworten verlinkt und verunmöglicht es somit Sie zu identifizieren.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**A4 Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ich möchte während dem Datenerhebungszeitraum gerne den Newsletter erhalten.
- Ich möchte gerne eine Kopie des Schlussberichts der Studie erhalten.
- Ich möchte, dass mich die Fachhochschule über künftige Studien zu meinem Beruf informiert, zu denen ich möglicherweise einen Beitrag leisten kann.
- Ich möchte nicht kontaktiert werden (weiter mit XI)

*Falls Sie einverstanden sind kontaktiert zu werden:*

Geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse an, damit wir Sie kontaktieren können. Ihre E-Mail-Adresse wird nicht mit Ihren anderen Antworten verknüpft (ausser A4) und Sie können sich jederzeit abmelden, indem Sie ein E-Mail an [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch) schreiben.

**A4b Ihre aktuelle E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

XI. Danke!

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Teil A der Umfrage zu lesen und auszufüllen.

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.

**ENDE DER UMFRAGE**

XII. Willkommen!

Wir danken Ihnen, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Umfrage teilzunehmen. Ihr Engagement wird dabei helfen, ein besseres Verständnis für den Beitrag der Osteopathie am schweizerischen Gesundheitssystem zu schaffen.

Im folgenden Abschnitt können Sie uns helfen, die Teilnehmerzahl zu erhöhen.

**A5 Arbeitet ein/e AssistentIn für Sie?**

(AssistentInnen sind Osteopathen welche unter Ihrer Supervision ihre Assistenzzeit absolvieren)

- Ja
- Nein (weiter mit A6)

**A5b Wie viele AssistentInnen haben Sie?**

Anzahl: \_\_

**A5c Kontaktangaben der AssistentInnen**

Bitte geben Sie die E-Mail-Adresse/n Ihrer AssistentInnen an. Diese Frage wird nicht mit Ihren anderen Antworten verlinkt und verunmöglicht es somit Sie zu identifizieren.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



### XIII. Registrierung

**A6 Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren?**

(alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ich möchte während dem Datenerhebungszeitraum gerne den Newsletter erhalten.
- Ich möchte gerne eine Kopie des Schlussberichts der Studie erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass mich die Fachhochschule über künftige Studien zu meinem Beruf informiert, zu denen ich möglicherweise einen Beitrag leisten kann.
- Ich möchte nicht kontaktiert werden. (weiter mit Teil B –Über Sie und Ihre Arbeit)

**A6b Bitte geben Sie ihre aktuelle E-Mail-Adresse an damit wir Sie kontaktieren können.**

Ihre E-Mail-Adresse wird nicht mit Ihren anderen Antworten verknüpft (ausser A6) und Sie können sich jederzeit abmelden, indem Sie ein E-Mail an [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch) schreiben.

---

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

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.

## 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:**

	<b>Fluessend</b>	<b>Gut</b>	<b>Gebrochen/ Limitiert</b>	<b>Keine</b>
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?**

<b>Immer</b>	<b>Oft</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Nie</b>	<b>N.Z.</b>
<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.



## 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](http://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](mailto: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\_\_\_\_\_
- KomplementärtherapeutIn

**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:**

<b>Körperregion</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>
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 \_\_

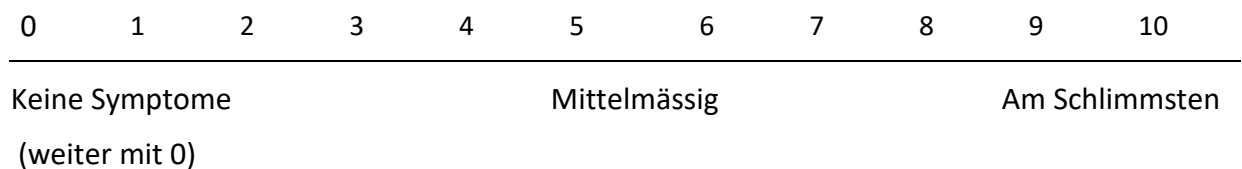
**C41 Hat der Patient die Behandlungsreihe für diese Episode abgeschlossen?**

- 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

<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Teilweise</b>	<b>Grösstenteils</b>	<b>Vollständig</b>	<b>N.Z.</b>
<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](mailto:roy.macdonald@hefr.ch) erreichen.

**ENDE DER UMFRAGE**