

Krebs-Portal Sachsen - Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Akteure

An die
Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
- Umfrage Krebsportal -
Schlobigplatz 23

08056 Zwickau

Um was für eine Art von Einrichtung/ Organisation handelt es sich?

- Krebsberatungsstelle
- Tumorzentrum
- Brustzentrum
- Mammografie-Screening-Zentrum
- Akut-Krankenhaus
- Universitätsklinikum
- Rehabilitations-Klinik
- Arzt mit onkologischer Schwerpunktsetzung
- Facharzt, Angabe zur Fachrichtung:
 - Hausarzt
 - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Facharzt für Chirurgie
 - Facharzt für Innere Medizin
 - Facharzt für Radiologie
 - Facharzt für Humangenetik
 - Facharzt für Hämatologie
 - Facharzt für Gastroenterologie
 - Facharzt für Urologie
- Hospiz
- Pflegedienst
 - Palliative Care
- Ernährungsberatung
- Physiotherapeut
- Ergotherapeut
- Psychotherapeut / Psychologe
- Selbsthilfegruppe
 - Zu einer bundesweit tätigen Selbsthilfevereinigung zugehörig
 - Zu einer landesweit tätigen Selbsthilfevereinigung zugehörig
 - Zu einem Sozial- oder Wohlfahrtsverband zugehörig
 - Zu einem medizinischen Fachverband zugehörig
 - Informelle SH-Gruppe ohne verbandliche Zugehörigkeit
 - Sonstige Zuordnung:
- Reha-Sportgruppe
- Sozialversicherungsträger
 - Krankenkasse
 - Rentenversicherungsträger
- Behörde

Krebs-Portal Sachsen - Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Akteure

- Gesundheitsamt
- Agentur für Arbeit
- ARGE
- Versorgungsamt
- Integrationsamt / -fachdienst
- andere, nämlich: _____

Name und Anschrift der Einrichtung/ Organisation

Genauere Bezeichnung der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Träger, Dachverband: _____

Homepage (eigene oder die des Trägers / Dachverbands): <http://www.> _____

Onkologische Spezialisierung: _____

Ansprechpartner für Nachfragen / Telefon: _____

ggf. Kurzvorstellung: _____

In welchem Bereich bieten Sie Leistungen an?

- Brustkrebs
- Prostatakrebs
- Darmkrebs
- Lungenkrebs
- Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane (außer Brust)
 - Krebs des Gebärmutterkörpers
 - Gebärmutterhalskrebs
 - Eierstockkrebs
 - Vulvakrebs
- Harnblasenkrebs
- Magenkrebs
- Nierenkrebs
- Hautkrebs
- Systemische Erkrankungen (Erkrankungen des blutbildenden Systems)
 - Leukämien
 - Plasmozytom
 - Multiples Myelom
 - Hodgkin und Non-Hodgkin Lymphome

Krebs-Portal Sachsen - Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Akteure

In welchem Bereich sind Sie an der Betreuung von KrebspatientInnen beteiligt?

- Vorsorge Früherkennung Therapie Nachsorge
 Diagnose anderer Bereich

ANGABEN ZUM LEISTUNGSANGEBOT

Zu welchen Zeiten sind Sie in den Räumlichkeiten Ihrer Einrichtung erreichbar?

	von - bis		von - bis	
<input type="checkbox"/> Montag				
<input type="checkbox"/> Dienstag				
<input type="checkbox"/> Mittwoch				
<input type="checkbox"/> Donnerstag				
<input type="checkbox"/> Freitag				
<input type="checkbox"/> Samstag				

Halten Sie auch externe Sprechstunden ab?

ja nein

Falls ja: Wo und in welchem Umfang (Stunden pro Monat)?

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Akut-Krankenhaus | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Arztpraxis | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | Stunden im Monat |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges , nämlich | Stunden im Monat |

Führen Sie auch individuelle Beratungen z. B. in Form von Hausbesuchen durch?

ja nein

Wirken Sie....

- stationär ambulant

Wie weit reicht Ihr Einzugsbereich?

- bis unter 30 km
 30 bis unter 50 km
 50 bis unter 100 km
 über 100 km

Krebs-Portal Sachsen - Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Akteure

Was gehört zum Leistungsangebot Ihrer Einrichtung?

Psychosoziale Hilfen

- Informationsvermittlung
- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit
- Beratung
- Literaturvermittlung
- Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen
- Vermittlung weiterführender Angebote
- Geleitete Gruppen und Gesprächskreise
- Krisenintervention
- Psychoonkologisch-psychotherapeutische Basisversorgung
- Langzeitbegleitung schwerkranker Tumorpatienten und ihrer Angehörigen
- Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen
- Anleitung von Patienten und/oder Angehörigen - Psychoedukation
- andere:

Diagnostik

- Sonografie
- MRT
- Mammografie
- anderes: _____

Therapie

- Operation
- Strahlentherapie
- ChT
- anderes: _____

Spezialisierung (gynäkologische) Onkologie

- Medizinische Tumortherapie
- Psychoonkologie
- Palliativmedizin
- anderes: _____

Arbeitet Ihre Einrichtung/ Organisation regelmäßig mit anderen Stellen zusammen, die an der Versorgung krebserkrankter Menschen beteiligt sind?

ja nein

Falls ja: Mit welchen Stellen haben Sie dabei regelmäßig Kontakt?

- Krebsberatungsstelle
- Tumorzentrum
- Brustzentrum
- Mammografie-Screening-Zentrum
- Akut-Krankenhaus
- Universitätsklinikum
- Rehabilitations-Klinik
- Arzt mit onkologischer Schwerpunktsetzung
- Hausarzt
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hospiz
- Pflegedienst
- Palliative Care

Krebs-Portal Sachsen - Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Akteure

- Psychotherapeut / Psychologe
- Selbsthilfegruppe
- Reha-Sportgruppe
- Sozialversicherungsträger
 - Krankenkasse
 - Rentenversicherungsträger
- Behörde
 - Gesundheitsamt
 - Agentur für Arbeit
 - ARGE
 - Integrationsamt /-fachdienst
 - Versorgungsamt
- Deutsche Krebshilfe (DKH)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Sächsische Krebsgesellschaft (SKG)
- Stiftungen
- Krebsinformationsdienst (KID)
- andere:

Welche Mitarbeiterstruktur (auch ehrenamtliche) hat Ihre Einrichtung?

	Beruf	Zusatzqualifikation
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Maßnahmen der Qualitätssicherung führen Sie durch?

- Internes Qualitätsmanagement
- Dokumentation der Beratungsaktivitäten
- Befragung der Klienten bzw. Gruppenteilnehmer
- Supervision
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildung
- Zertifizierung

Sind Sie zertifiziert?

- ja nein
- falls ja, nach welchem System?

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens. Bitte drucken Sie ihn aus und schicken ihn an oben aufgedruckte Adresse.

Wenn Sie PDF-Dateien erstellen können, freuen wir uns natürlich auch über die Rücksendung per E-Mail. In diesem Fall benutzen Sie bitte die E-Mail-Adresse d.westphal@skg-ev.de. Vielen Dank.