

**Pasientdata**

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Dette spørreskjemaet handler om hvilke erfaringer du hadde ved vår behandlingsenhet. Hvis du har mottatt flere behandlingstilbud, gjør en samlet vurdering av behandlingen du har fått.

Les hvert spørsmål og ta stilling til hvilket svaralternativ du synes stemmer best for deg.

Din besvarelse er fortrolig informasjon som går til kvalitetssikring på gruppenivå. Det vil si at din besvarelse ikke går tilbake til din behandler. Med behandlerne mener vi: De som har hatt hovedansvar for undersøkelser og behandling, for eksempel leger, psykologer eller annet helsepersonale.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
1. Snakket behandlerne til deg slik at du forstod dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Opplevde du at behandlingsenhetens arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Var hjelpen og behandlingen du fikk på behandlingsenheten, alt i alt, tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, alt for lenge
8. Måtte du vente for å få tilbud ved behandlingsenheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikke aktuelt
9. Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på behandlingsenheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
10. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>