

English translation – see below for the original version in German

Patient survey on financial burden in the context of radiotherapy

Socio-demographic data

- 1.) Sex: ☐ female ☐ male ☐ diverse
- 2.) How old are you? _____ years
- 3.) How do you live?
☐ alone ☐ with partner
- 4.) Your highest school graduation:
☐ None ☐ < 10 years of education („Hauptschulabschluss“) ☐ 10 years of education („Realschulabschluss“) ☐ > 10 years of education („Abitur“)
- 5.) What is your health insurance? ☐ social ☐ private
- 6a.) if social: Are you exempt from copayments? ☐ Yes ☐ No

Clinical data and therapy

- 6.) For which type of cancer are you currently treated with radiotherapy?
☐ Breast cancer ☐ Prostate cancer ☐ Head and Neck cancer
☐ Lung cancer ☐ Esophageal cancer ☐ Rectal Cancer
☐ other: (please note)

- 7.) How long does your current treatment with radiotherapy take? _____ days
(only duration of treatment including weekends but not including previous computer tomography or ambulatory visits prior to treatment)
- 8.) Did you receive chemotherapy along with your radiotherapy?
☐ Yes ☐ No (hormone therapy excluded)
- 9.) Have you been hospitalized during your radiotherapy?
☐ Yes, throughout ☐ Yes, in part ☐ No, not at all
- 10.) Overall, how would you rate your radiotherapy care?
Please mark the respective number.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not satisfied at all very much satisfied

Employment and financial data

- 11.) What is your current employment status?
☐ Employed ☐ Self-employed ☐ Official ☐ Unemployed ☐ Retired
- 12.) What is your monthly net household income? This means, the money at your disposal after deduction of taxes and social insurance contributions.

☐ < 1.300 € ☐ 1.301 – 1.700 € ☐ 1.701 – 2.600 €
☐ 2.601 – 3.600 € ☐ 3.600 – 5.000 € ☐ > 5.000 €

13.) Did you have any loss of income due to your radiotherapy?

☐ Yes ☐ No

13a.) If yes, to which degree overall?

☐ < 100 € ☐ 101 - 500€ ☐ 501 - 1500€ ☐ 1501 - 2500€ ☐ > 2500€

14.) Did you have any additional costs due to your radiotherapy? (e.g. copayments, medicines exempt from reimbursement etc.)? ☐ Yes ☐ No

14a.) If yes, to which degree overall?

☐ < 100 € ☐ 101 - 500€ ☐ 501 - 1500€ ☐ 1501 - 2500€ ☐ > 2500€

14b.) What were the reasons for additional costs? (*multiple choices possible*)

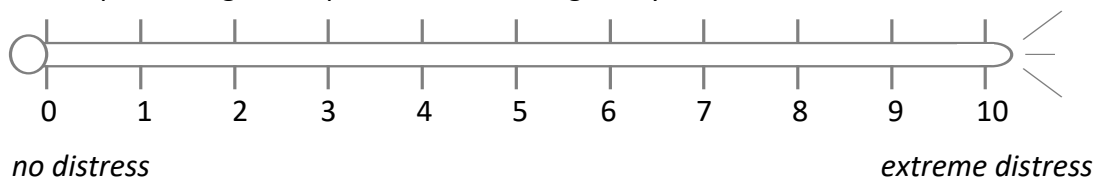
- ☐ Copayments (e.g. drugs, therapeutic products, medical aids, hospital stay etc.)
- ☐ Transportation
- ☐ Drugs/Products for supportive care to alleviate side effects of radiotherapy that are exempt from reimbursement (e.g. care lotions or washes)
- ☐ Other (e.g. PET-CT) (*please note*):

15.) *During the past week:* has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?

☐ Not at all ☐ A little ☐ Quite a bit ☐ Very much

Distress

16.) Please cross the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



Health status and quality of life

For the following questions please circle the number between 1 and 7 that best applies to you:

17.) How would you rate your overall health during the past week?

1 2 3 4 5 6 7
Very poor *Excellent*

18.) How would you rate your overall quality of life during the past week?

1 2 3 4 5 6 7
Very poor *Excellent*

Patientenfragebogen zur finanziellen Belastung im Rahmen der Strahlentherapie

Sozio-Demographische Aspekte

- 1.) Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
- 2.) Wie alt sind Sie? _____ Jahre
- 3.) Wie leben Sie? ☐ alleine ☐ mit Partner
- 4.) Ihr höchster Schulabschluss:
☐ kein Abschluss ☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss ☐ Abitur
- 5.) Wie sind Sie krankenversichert? ☐ gesetzlich ☐ privat
- 5a.) falls gesetzlich: Sind Sie von Zuzahlungen befreit? ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zu Erkrankung und Therapie

- 6.) Für welche Tumorerkrankung erhalten Sie aktuell die Strahlentherapie?
☐ Brustkrebs ☐ Prostatakrebs ☐ Rachen-/Mundhöhlen-/ Kehlkopfkrebs
☐ Lungenkrebs ☐ Speiseröhrenkrebs ☐ Darmkrebs
☐ sonstige, nicht aufgeführte Tumorerkrankung (*bitte notieren*):

- 7.) Wie lange dauert(e) ihre aktuelle Behandlung in der Strahlentherapie? _____ Tage
(*nur Behandlungszeitraum einschließlich der Wochenenden, jedoch nicht voriges Planungs-CT oder Arztgespräch*)
- 8.) Haben Sie parallel zur aktuellen Strahlentherapie eine Chemotherapie erhalten?
☐ Ja ☐ Nein (*Hormontherapie zählt nicht dazu*)
- 9.) Erfolgte die Strahlentherapie stationär, d.h. waren Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen? ☐ Ja, durchgehend ☐ Ja, teilweise ☐ Nein, gar nicht
- 10.) Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Behandlung in der Strahlentherapie?
Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Zahl an.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht zufrieden *sehr zufrieden*

Berufliche und finanzielle Aspekte

- 11.) Wie ist Ihr aktueller Erwerbsstatus?
☐ Angestellt ☐ Selbstständig ☐ Beamter/in ☐ nicht erwerbstätig ☐ berentet
- 12.) Wie hoch ist ihr gesamtes monatlich verfügbares Haushalts-Nettoeinkommen, also das Geld, das nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge dem gesamten Haushalt übrigbleibt?
☐ unter 1.300 € ☐ 1.301 – 1.700 € ☐ 1.701 – 2.600 €
☐ 2.601 – 3.600 € ☐ 3.600 – 5.000 € ☐ über 5.000 €

Bitte wenden

Rückseite →

- 13.) Sind Ihnen in Folge Ihrer aktuellen Behandlung in der Strahlentherapie Einkommenseinbußen entstanden? ☐ Ja ☐ Nein
- 13a.) Wenn ja, in welcher Höhe insgesamt?
- ☐ unter 100 € ☐ 101 - 500€ ☐ 501 - 1500€ ☐ 1501 - 2500€ ☐ über 2500€
- 14.) Haben Sie in Folge Ihrer aktuellen Behandlung in der Strahlentherapie höhere Ausgaben (z.B. Zuzahlungen, nicht-erstattete Arzneien etc.)? ☐ Ja ☐ Nein
- 14a.) Wenn ja, in welcher Höhe insgesamt?
- ☐ unter 100 € ☐ 101 - 500€ ☐ 501 - 1500€ ☐ 1501 - 2500€ ☐ über 2500€
- 14b.) Wodurch fallen Ihnen höhere Ausgaben an? (Mehrfachnennungen möglich)
- ☐ Zuzahlung (z.B. Arznei- / Heil- / Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalt etc.)
- ☐ Fahrtkosten
- ☐ Arzneimittel/Pflegeprodukte zur Linderung von Nebenwirkungen der Strahlentherapie, die nicht erstattet werden (z.B. pflegende Salben/Spülungen)
- ☐ Sonstiges (z.B. PET-CT) (bitte notieren):
- _____
- 15.) Während der letzten Woche: Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?
- ☐ überhaupt nicht ☐ wenig ☐ mäßig ☐ sehr

Belastung

- 16.) Bitte kreuzen Sie die Zahl (0-10) an, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Gesundheit und Lebensqualität

Bitte kreuzen Sie bei beiden folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft:

- 17.) Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?
- 1 2 3 4 5 6 7
- sehr schlecht ausgezeichnet
- 18.) Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?
- 1 2 3 4 5 6 7
- sehr schlecht ausgezeichnet

Vielen Dank für Ihre Zeit und Teilnahme

Bitte geben Sie den Fragebogen im verschlossenen Umschlag beim Klinikpersonal ab.