

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

Clinical data and therapy

6.) For which type of cancer are you currently treated with radiotherapy?	<input type="checkbox"/> Breast cancer <input type="checkbox"/> Prostate cancer <input type="checkbox"/> Head and Neck cancer <input type="checkbox"/> Lung cancer <input type="checkbox"/> Esophageal cancer <input type="checkbox"/> Rectal Cancer <input type="checkbox"/> other: <i>(please note)</i> _____								
7.) How long does your current treatment with radiotherapy take? _____ days <i>(only duration of treatment including weekends but not including previous computer tomography or ambulatory visits prior to treatment)</i>									
8.) Did you receive chemotherapy along with your radiotherapy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(hormone therapy excluded)</i>								
9.) Have you been hospitalized during your radiotherapy?	<input type="checkbox"/> Yes, throughout <input type="checkbox"/> Yes, in part <input type="checkbox"/> 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 <i>not satisfied at all</i> <i>very much satisfied</i>								

Employment and financial data

11.) What is your current employment status?	<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Official <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> 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*)

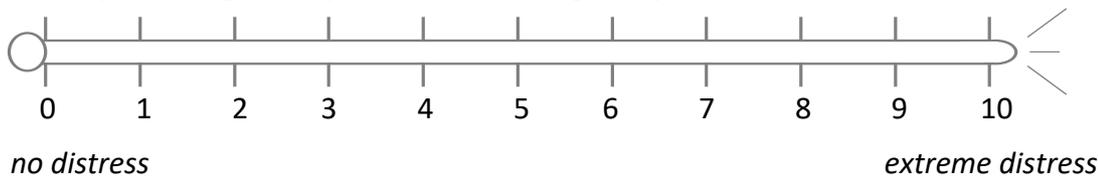
- Copayments (e.g. drugs, therapeutic products, medical aids, hospital stay etc.)
 Transportation
 Drugs/Products for supportive care to alleviate side effects of radiotherapy that are exempt from reimbursement (e.g. care lotions or washes)
 Other (e.g. PET-CT) (*please note*):

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:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
2.)	Wie alt sind Sie?	_____ Jahre		
3.)	Wie leben Sie?	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Partner	
4.)	Ihr höchster Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur		
5.)	Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	
5a.)	falls gesetzlich: Sind Sie von Zuzahlungen befreit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Angaben zu Erkrankung und Therapie

6.)	Für welche Tumorerkrankung erhalten Sie aktuell die Strahlentherapie?
	<input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Prostatakrebs <input type="checkbox"/> Rachen-/Mundhöhlen-/ Kehlkopfkrebs
	<input type="checkbox"/> Lungenkrebs <input type="checkbox"/> Speiseröhrenkrebs <input type="checkbox"/> Darmkrebs
	<input type="checkbox"/> sonstige, nicht aufgeführte Tumorerkrankung (<i>bitte notieren</i>):

7.)	Wie lange dauert(e) ihre aktuelle Behandlung in der Strahlentherapie? _____ Tage (<i>nur Behandlungszeitraum einschließlich der Wochenenden, jedoch nicht voriges Planungs-CT oder Arztgespräch</i>)
8.)	Haben Sie parallel zur aktuellen Strahlentherapie eine Chemotherapie erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>Hormontherapie zählt nicht dazu</i>)
9.)	Erfolgte die Strahlentherapie stationär, d.h. waren Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja, durchgehend <input type="checkbox"/> Ja, teilweise <input type="checkbox"/> 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
	<i>gar nicht zufrieden</i> <i>sehr zufrieden</i>

Berufliche und finanzielle Aspekte

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

Bitte wenden

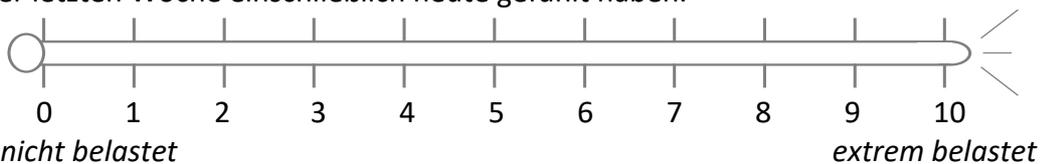
Rückseite →

- 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.