

## Entscheidungsfindung: Beteiligung und Zufriedenheit (CDIS-S)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, sobald Sie wissen, welche Entscheidung Ihr Patient aus der letzten gemeinsamen Sitzung ausgewählt hat.

**Ausfülldatum:**

		•			•				
Tag			Monat			Jahr			

[CDISSDATE]

**Aus der letzten gemeinsamen Sitzung hat Ihr Patient folgende Entscheidung ausgewählt:**

### A – Zufriedenheit

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu der klinischen Entscheidung, die Ihr Patient ausgewählt hat. Kreuzen Sie bitte in Bezug auf **diese Entscheidung** an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	neutral	trifft zu	trifft voll- kommen zu	
1. Ich hatte von Seiten des Patienten genügend Informationen über die Punkte, die ihm wichtig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS01]
2. Die getroffene Entscheidung war aus meiner Sicht die bestmögliche Entscheidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS02]
3. Ich bin davon überzeugt, dass die Entscheidung mit meinen persönlichen und beruflichen Werten übereinstimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS03]
4. Ich erwarte, dass der Patient sich (weiterhin) entsprechend der getroffenen Entscheidung verhält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS04]
5. Ich bin davon überzeugt, dass diese Entscheidung getroffen werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS05]
6. Ich bin zufrieden mit der Entscheidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISS06]

### B – Beteiligung

Bitte kreuzen Sie in Bezug auf die von Ihrem Patienten ausgewählte Entscheidung an, welche Aussage auf Sie zutrifft.

**Bitte nur ein Feld ankreuzen!**

A. Der Patient hat die endgültige Entscheidung getroffen.	<input type="checkbox"/>	[CDISS07]
B. Der Patient hat die endgültige Entscheidung getroffen, dabei aber meine Meinung mit berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	
C. Der Patient und ich haben die Entscheidung gemeinsam getroffen.	<input type="checkbox"/>	
D. Ich habe die endgültige Entscheidung getroffen, dabei aber die Meinung des Patienten mit berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	
E. Ich habe die endgültige Entscheidung getroffen.	<input type="checkbox"/>	