**Mit dem Ausfüllen der Umfrage helfen Sie uns,   
das “Palliative Care Netzwerk Region Seetal” aufzubauen,**

**so dass es zu einer runden Sache wird!**

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen dieser Umfrage. Das online-Dokument finden Sie auch hier:

[www.palliativ-luzern.ch/netzwerke/nw-seetal/aktuelles](http://www.palliativ-luzern.ch/netzwerke/nw-seetal/aktuelles)

Wir freuen uns, wenn Sie die Fragen in Ihrer Kommission oder Gruppe besprechen und uns die Umfrage bis am **31. Juli 2023** zurückschicken an:

Per Post: Gertrud Krummenacher, c/o Spitex Hochdorf und Umgebung, Turbistrasse 25,

6280 Hochdorf

oder per Mail: [nw-seetal@palliativ-luzern.ch](mailto:nw-seetal@palliativ-luzern.ch)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation |  | Angebot |  |
| Name |  | Vorname |  |
| Mailadresse |  | Telefon |  |
| Datum |  | | |

**1.** **Was verstehen Sie, resp. Ihre Organisation unter Palliative Care?**

|  |
| --- |
|  |

**2.** **In welchen Gemeinden ist Ihre Institution / Ihr Verein tätig?**

​​☐​ Aesch ☐​ Hohenrain

​​☐​ Ballwil ☐​ Hitzkirch

​​☐​ Ermensee ☐​ Inwil

​​☐​ Eschenbach ☐​ Römerswil

​​☐ Hochdorf ☐​ Schongau

**3.** **Mit welchen Organisationen, Institutionen, Kommissionen etc. sind Sie im Austausch?**

|  |
| --- |
|  |

**4.** **Wo und wie findet der Austausch statt (Gefässe)?**

|  |
| --- |
|  |

**5.** **Findet nach Ihrer Einschätzung genügend Absprache für eine gute Betreuung und Begleitung in Palliative Care statt? (bitte ankreuzen)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ungenügend |  |  |  |  |  |  |  |  | Sehr gut |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**6.** **Was fehlt oder wo sehen Sie Möglichkeiten zur Verbesserung in Ihrer Organisation, Ihrer Institution, Ihrem Verein etc. oder in der Region?**

|  |
| --- |
|  |

**7.** **Was wirkt unterstützend für einen guten Austausch?**

|  |
| --- |
|  |

**8.** **Kennen Sie gute Beispiele für Palliative Care, auch aus anderen Regionen?**

**Welche, weshalb?**

|  |
| --- |
|  |

**9.** **Was würden sich Angehörige und Betroffene aufgrund Ihrer Erfahrung wünschen?**

|  |
| --- |
|  |

**10.** **Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |