**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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  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**

|  |
| --- |
|  |