

## **VERSORGUNGSSITUATION VON HEILMITTELN AUS PATIENT\_INNENPERSPEKTIVE**

Liebe Patientinnen und Patienten,  
die Initiative „Patienten am Limit“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Mängel in der Versorgung von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie (sogenannte Heilmittel) zu dokumentieren, wissenschaftlich zu untersuchen und für öffentliche und politische Diskussionen sichtbar zu machen.  
Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung.

**Schreiben Sie bitte nachfolgend auf, was Sie konkret erlebt haben oder erleben, wenn es um Rezepte für Heilmittel geht.**

**Was bedeutet es konkret für Sie, aktuell Therapie zu brauchen, und welche Problematiken und Konsequenzen ergeben sich für Sie oder Ihre Angehörigen?**

Gern schreiben Sie auch für Ihre minderjährigen Kinder oder Angehörigen.  
Bitte beantworten Sie zudem die unten stehenden Fragen, damit wir Ihre Angaben verwenden können.

Falls Sie keinen persönlichen Brief verfassen möchten, wählen Sie bitte nachfolgend eine Alternative aus:

Online-Umfrage <https://www.surveymonkey.de/r/7JB9CXX>

persönliches Gespräch, Kontaktdaten zur Terminvereinbarung: \_\_\_\_\_

persönliches Telefoninterview, über folgende Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen (inklusive Brief) zurück an folgende E-Mail-Adresse [Maria.Franzke@Patienten-am-Limit.de](mailto:Maria.Franzke@Patienten-am-Limit.de) oder per Post an **TAL gGmbH, Stichwort „Patienten am Limit“, Hartmannsweilerstraße 71, 65933 Frankfurt am Main.**

Vielen Dank für Ihren Beitrag!  
Ihr Team der gemeinnützigen TAL gGmbH



**Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus, damit wir Ihren  
Patientenbrief berücksichtigen können**

---

**2)** Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Angaben anonymisiert gespeichert und wissenschaftlich, auch durch Dritte, ausgewertet werden?

Ja

Nein

**3)** Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Geschichte in anonymisierter Form - ohne dass Rückschlüsse auf Sie persönlich möglich sind - im Rahmen der wissenschaftlichen und politischen Aufarbeitung weiter erzählt wird?

Ja

Nein

**4)** Stehen Sie für Rückfragen zur Verfügung?

Ja, gern Email oder Handynummer: \_\_\_\_\_

Nein

**5)** Welches Rezept haben Sie wofür konkret in Anspruch genommen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie)?

---

---

---

**6)** Können Sie Ihre gesundheitliche Problematik benennen?

(Diagnose des Arztes?)

---

---

---

**7)** Alter: \_\_\_\_\_

**8)** Geschlecht: \_\_\_\_\_

**9)** PLZ: \_\_\_\_\_

**10)** Krankenkasse: \_\_\_\_\_