**Patient survey on financial burden in the context of radiotherapy**

**Sozio-demographic data**

| Question   | Options                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1.) Sex    | ☐ female ☐ male                                                        |
| 2.) How old are you? | _______________ years                                             |
| 3.) How do you live? | ☐ alone ✓ with spouse ☐ with partner |
| 4.) How many persons are living in your household? | ___ (number, including yourself)                          |
| 5.) Your highest school graduation: | ☐ None ☐ < 10 years of education („Hauptschulabschluss“) ☐ 10 years of education („Realschulabschluss“) ☐ > 10 years of education („Abitur“) |
| 6.) What is your health insurance? | ☐ social ☐ private |
| 6a.) if social: Are you exempt from copayments? | ☐ Yes ☐ No |

**Clinical data**

| Question   | Options                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 7.) When was the cancer you are currently treated for diagnosed first? | ___________/___________ (mm/yyyy) |
| 8.) For which type of cancer are you currently treated with radiotherapy? | ☐ Breast cancer ☐ Prostate cancer ☐ Head and Neck cancer ☐ Lung cancer ☐ Esophageal cancer ☐ Rectal Cancer ☐ other: (please note) |
| 9.) Did you receive chemotherapy along with your radiotherapy? | ☐ Yes ☐ No (hormone therapy excluded) |
| 10.) Have you been hospitalized during your radiotherapy? | ☐ Yes, throughout ☐ Yes, in part ☐ No, not at all |

**Employment and financial data**

| Question   | Options                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 11.) What is your current employment status? | ☐ Employed ☐ Self-employed ☐ Official ☐ Unemployed ☐ 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.) Have you been on sick leave during your radiotherapy?  □ Yes  □ No
14.) Did you have any loss of income due to your radiotherapy?
□ Yes  □ No
14a.) If yes, to which degree overall?
□ < 100 € □ 101 - 500€ □ 501 - 1500€ □ 1501 - 2500€ □ > 2500€
15.) Did you have any additional costs due to your radiotherapy? (e.g. copayments, medicines exempt from reimbursement etc.)?  □ Yes  □ No
15a.) If yes, to which degree overall?
□ < 100 € □ 101 - 500€ □ 501 - 1500€ □ 1501 - 2500€ □ > 2500€
15b.) 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)
□ Alternative medicines for supportive care to alleviate side effects of radiotherapy that are exempt from reimbursement (e.g. homoeopathy)
□ Other (e.g. PET-CT) (please note):
16.) 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
17.) On a scale from 1 (not well informed) to 5 (very well informed): 
At the beginning of your radiotherapy, how well were you informed about any personal financial burden in the context of radiotherapy?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Not well informed | Very well informed |
18.) On a scale from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree): 
My radiation oncologist should inform me about any financial burden in the context of radiotherapy.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Strongly disagree | Strongly agree |

**Health status and quality of life**

For the following questions please circle the number between 1 and 7 that best applies to you:

19.) How would you rate your overall health during the past week?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Very poor | Excellent |
20.) 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: □ weiblich □ männlich

2.) Wie alt sind Sie? ___________ Jahre

3.) Wie leben Sie?
□ alleine □ mit Ehepartner/-in □ mit Lebenspartner/-in

4.) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? ______ (Anzahl, Sie eingeschlossen)

5.) Ihr höchster Schulabschluss:
□ kein Abschluss □ Hauptschulabschluss □ Realschulabschluss □ Abitur

6.) Wie sind Sie krankenversichert?
□ gesetzlich □ privat
6a.) falls gesetzlich: Sind Sie von Zuzahlungen befreit? □ Ja □ Nein

Angaben zur Erkrankung

7.) Wann wurde die aktuell behandelte Tumorerkrankung bei Ihnen zuerst festgestellt?
______/_______ (Monat/Jahr, z.B. 05/2021)

8.) Für welche Tumorerkrankung erhalten Sie aktuell die Strahlentherapie?
□ Brustkrebs □ Prostatakrebs □ Rachen-/Mundhöhlen- / Kehlkopfkrebs
□ Lungenkrebs □ Speiseröhrenkrebs □ Darmkrebs
□ sonstige, nicht aufgeführte Tumorerkrankung:
(Anmerkung: bitte notieren)

9.) Haben Sie parallel zur aktuellen Strahlentherapie eine Chemotherapie erhalten?
□ Ja □ Nein (Hormontherapie zählt nicht dazu)

10.) Erfolgte die Strahlentherapie stationär, d.h. waren Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen?
□ Ja, durchgehend □ Ja, teilweise □ Nein, gar nicht

Berufliche und finanzielle Aspekte

11.) Wie ist Ihr aktueller Erwerbsstatus?
□ Angestellt □ Selbstständig □ Beamter/in □ nicht erwerbstätig □ berentet

12.) Wie hoch ist Ihr gesamtes monatlich verfügbares Haushalt-Nettoeinkommen, also das Geld, das nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge dem gesamten Haushalt übrigbleibt?
□ unter 1.300 € □ 1.301 – 1.700 € □ 1.701 – 2.600 €
□ 2.601 – 3.600 € □ 3.600 – 5.000 € □ über 5.000 €

13.) Waren/sind Sie während der Strahlentherapie krankgeschrieben?
□ Ja □ Nein

Bitte möglichst vollständig ausfüllen

Bitte wendenrowing Rückseite ➔
14.) Sind Ihnen in Folge Ihrer aktuellen Behandlung in der Strahlentherapie Einkommenseinbußen entstanden? □ Ja □ Nein
   14a.) Wenn ja, in welcher Höhe insgesamt?
      □ unter 100 € □ 101 - 500 € □ 501 - 1500 € □ 1501 - 2500 € □ über 2500 €

15.) Haben Sie in Folge Ihrer aktuellen Behandlung in der Strahlentherapie höhere Ausgaben (z.B. Zuzahlungen, nicht-erstattete Arznei etc.)? □ Ja □ Nein
   15a.) Wenn ja, in welcher Höhe insgesamt?
      □ unter 100 € □ 101 - 500 € □ 501 - 1500 € □ 1501 - 2500 € □ über 2500 €
   15b.) 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)
      □ Alternativmedizinische Mittel zur Linderung von Nebenwirkungen der Strahlentherapie, die nicht erstattet werden (z.B. Homöopathie)
      □ Sonstiges (z.B. PET-CT) (*bitte notieren*):

16.) **Während der letzten Woche:** Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?
      □ überhaupt nicht □ wenig □ mäßig □ sehr

17.) Auf einer Skala von 1 (nicht gut informiert) bis 5 (sehr gut informiert):
      Wie gut waren Sie bei Behandlungsbeginn über etwaige persönliche finanzielle Belastungen im Rahmen der Strahlentherapie informiert?
      1 2 3 4 5
      nicht gut informiert  sehr gut informiert

18.) Auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu):
      Mein(e) Strahlentherapeut(in) sollte mich über etwaige persönliche finanzielle Belastungen im Rahmen der Strahlentherapie informieren.
      1 2 3 4 5
      stimme gar nicht zu  stimme voll zu

**Gesundheit und Lebensqualität**

*Bitte kreuzen Sie bei beiden folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft:*

19.) Wie würden Sie insgesamt Ihren **Gesundheitszustand** während der letzten Woche einschätzen?
      1 2 3 4 5 6 7
      sehr schlecht  ausgezeichnet

20.) 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.