

Ihre Meinung ist uns wichtig

Liebe/r Patient/in, liebe/r Angehörige/r, liebe/r Besucher/in, liebe/r Einweiser/in,

um aus Ihren Erfahrungen, die Sie in unserem Haus gemacht haben, lernen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt bei Ihrer Entlassung abzugeben oder in die Briefkästen im SG, EG oder vor der Patientenaufnahme einzuwerfen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur zu internen Auswertungszwecken verwendet.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.



Waren oder sind Sie:

- Patient/in Angehörige/r
 Besucher/in Einweiser/in

Bitte nennen Sie Ihr Geschlecht:

- männlich weiblich divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Wenn Sie Patient/in waren oder sind, wie wurden Sie eingewiesen?

- auf eigenen Wunsch per Einweisung als Notfall

In welchem Monat wurden Sie behandelt?

Auf welcher Station wurden Sie behandelt?

- 1 2 3a
 3b 3c IMC
 Ambulant/AOZ

In welcher Abteilung wurden Sie behandelt?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="radio"/> Anästhesie | <input type="radio"/> Augenheilkunde | <input type="radio"/> Beckenbodenzentrum | <input type="radio"/> Brustzentrum | <input type="radio"/> Chirurgie |
| <input type="radio"/> Diabetologie Kinder | <input type="radio"/> Frauenheilkunde | <input type="radio"/> Geburtshilfe | <input type="radio"/> Gastroenterologie | <input type="radio"/> Gastroenterologie Kinder |
| <input type="radio"/> Hernienzentrum | <input type="radio"/> HNO | <input type="radio"/> Neurochirurgie | <input type="radio"/> Orthopädie Marienstift | <input type="radio"/> Orthopädie Beleg |
| <input type="radio"/> Plastische Chirurgie | <input type="radio"/> Prostatazentrum | <input type="radio"/> Schilddrüsenzentrums | <input type="radio"/> Schmerztherapie | <input type="radio"/> Tagesklinik |
| <input type="radio"/> Urologie Marienstift | <input type="radio"/> Urologie Beleg | <input type="radio"/> Zentrale Fachambulanz | <input type="radio"/> Sonstiges | |

Waren Sie Patient/in eines Zentrums?

- nein Brustzentrum Prostatazentrum Hernienzentrum Schilddrüsenzentrums
 Beckenbodenzentrum

Beurteilung der Zentralen Fachambulanz

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Empfang/Information durch Mitarbeiter

- 1 2 3 4

Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten

- 1 2 3 4

Freundlichkeit des Personals

- 1 2 3 4

Organisation der Abläufe

- 1 2 3 4

Wartezeiten

- 1 2 3 4

Aufklärung durch den Narkosearzt

- 1 2 3 4

Beurteilung der Funktionsabteilungen

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Wurden Sie geröntgt?

- ja nein

Wurden Sie mittels EKG untersucht?

- ja nein

wenn ja, Beurteilung der Wartezeiten:

- 1 2 3 4

wenn ja, Beurteilung der Wartezeiten:

- 1 2 3 4

wenn ja, Beurteilung der Betreuung:

- 1 2 3 4

wenn ja, Beurteilung der Betreuung:

- 1 2 3 4

Seelsorgerische Betreuung

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Wurden Sie durch unsere Krankenhauseelsorgerin betreut?

- ja nein

wenn ja, wie empfanden Sie die Betreuung?

- 1 2 3 4

Beurteilung der ärztlichen Betreuung

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Fachliche Betreuung

- 1 2 3 4

Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung

- 1 2 3 4

Freundlichkeit der Ärzte

- 1 2 3 4

Vertrauensverhältnis zum Arzt

- 1 2 3 4

Information über Diagnose / Therapie

- 1 2 3 4

Ihre Meinung ist uns wichtig

Beurteilung des Umfeldes

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Beschilderung im Krankenhaus

1 2 3 4

Ausstattung der Patientenzimmer

1 2 3 4

Sauberkeit der Patientenzimmer

1 2 3 4

Sauberkeit im Krankenhaus

1 2 3 4

Zustand der sanitären Einrichtung

1 2 3 4

Cafeteria (Gesamteindruck)

1 2 3 4

Personalvorstellung

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Stellte sich das Personal bei Ihnen vor?

ja nein

wenn nein, in welcher Abteilung stellte sich das Personal NICHT vor?

Beurteilung der Aufnahme in der Patienteninformation im Haupteingang

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Empfang / Information durch die Mitarbeiter

1 2 3 4

Freundlichkeit des Personals

1 2 3 4

Wartezeiten

1 2 3 4

Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten

1 2 3 4

Information über das Krankenhaus

1 2 3 4

Beurteilung der mitbetreuenden Abteilungen

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Beurteilung OP-Abteilung

1 2 3 4

Beurteilung Aufwachraum

1 2 3 4

Beurteilung IMC / Wachstation

1 2 3 4

Beurteilung Physiotherapie

1 2 3 4

Betreuung durch Sozialdienst (AHB, Reha, Kur o. ä.)

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Haben Sie eine Betreuung durch den Sozialdienst erhalten?

ja nein

wenn ja, wie zufrieden sind Sie durch die Betreuung?

1 2 3 4

Beurteilung der pflegerischen Betreuung

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Fachliche Betreuung

1 2 3 4

Freundlichkeit des Pflegepersonals

1 2 3 4

Wahrung der Persönlichkeit

1 2 3 4

Eingehen auf Wünsche, Fragen, Ängste...

1 2 3 4

Information über Stationsorganisation

1 2 3 4

Beurteilung der Verpflegung

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Frühstück

1 2 3 4

Mittag

1 2 3 4

Abendbrot

1 2 3 4

Auswahl

1 2 3 4

Mahlzeitenmenge

1 2 3 4

Diätberatung

1 2 3 4

Unser Haus

1 – sehr gut / 2 – gut / 3 – befriedigend / 4 - verbesserungswürdig

Welchen Gesamteindruck haben Sie von unserem Haus?

1 2 3 4

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

1 2 3 4

Würden Sie uns weiterempfehlen?

ja nein