

Ihre Meinung ist uns wichtig

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

um aus Ihren Erfahrungen in unserem Haus lernen zu können, bitten wir Sie, diesen **digitalen Fragebogen** ausgefüllt an den angegebenen Link zu versenden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur zu internen Auswertungszwecken verwendet.



Ihr Qualitäts- und Risikomanagement aus dem St. Marienstift Magdeburg

Weitere Informationen zum Gesprächs- und Beschwerdemanagement finden Sie unter: www.st-marienstift.de > Über das St. Marienstift > Schnelle Infos > Qualitätsmanagement

Füllen Sie das Formular aus und laden Sie es unter folgenden Link hoch:
Über das digitale Meldeformular können Sie jederzeit den Status Ihrer Meldung einsehen und ggf. kommentieren.



[Meldung von Lob, Anregungen und Kritik](#)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Allgemeine Angaben

Waren oder sind Sie:	Wie wurden Sie eingewiesen (wenn Patient/in)?	In welchem Monat wurden Sie behandelt?	Bitte nennen Sie Ihr Geschlecht:	Bitte geben Sie Ihr Alter an:
<input type="radio"/> Patient/in <input type="radio"/> Angehörige/r <input type="radio"/> Besucher/in	<input type="radio"/> auf eigenen Wunsch <input type="radio"/> per Einweisung <input type="radio"/> als Notfall	<input type="text"/>	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	<input type="text"/>

Zuordnung Fachabteilung

In welcher Klinik/ Abteilung wurden Sie behandelt?	Auf welcher Station/ Bereich wurden Sie hauptsächlich behandelt?
<input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Frauenheilkunde <input type="radio"/> Geburtshilfe <input type="radio"/> Kinder-Diabetologie und Gastroenterologie <input type="radio"/> Gastroenterologie <input type="radio"/> Neurochirurgie	<input type="radio"/> Orthopädie <input type="radio"/> Orthopädie Beleg <input type="radio"/> Plastische Chirurgie <input type="radio"/> Schmerztherapie <input type="radio"/> Urologie <input type="radio"/> Urologie Beleg <input type="radio"/> HNO
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3b <input type="radio"/> 3c <input type="radio"/> Zentrale Fachambulanz <input type="radio"/> Ambulanter OP <input type="radio"/> IMC <input type="radio"/> Kreißsaal
	Waren Sie Patient/in eines Zentrums? <input type="radio"/> nein ja, <input type="radio"/> Brustzentrum <input type="radio"/> Beckenbodenzentrum <input type="radio"/> Prostatazentrum <input type="radio"/> Schilddrüsenzentrum <input type="radio"/> andere: _____

Bewertungsskala:

Bitte anklicken



keine Auswahl

Beurteilung der Patientenaufnahme (vortstationär, ambulant, stationär)	1	2	3	4
Empfang/Information durch Mitarbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit des Personals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information über das Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation der Abläufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wartezeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung der Zentralen Fachambulanz	1	2	3	4
Freundlichkeit des Personals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation der Abläufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wartezeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung der ärztlichen Betreuung	1	2	3	4
Fachliche Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit der Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertrauensverhältnis zum Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information über Diagnose/Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihre Meinung ist uns wichtig

kein
Auswahl

Beurteilung der pflegerischen Betreuung	1	2	3	4
Fachliche Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit des Pflegepersonals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahrung der Persönlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingehen auf Wünsche, Fragen, Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information über die Stationsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung der mitbetreuenden Abteilungen (Organisation, Freundlichkeit, Betreuung)			1	2	3	4
Beurteilung EKG/ Röntgen	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung OP/ Aufwachraum	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung IMC / Wachstation	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Kreißsaal	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Physiotherapie	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Musiktherapie	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Psychoonkologie	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Seelsorge	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilung Sozialdienst	<input type="radio"/>	trifft nicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn **zutreffend**, bitte bewerten

Beurteilung des Umfeldes	1	2	3	4
Orientierung im Krankenhaus (Wegweiser, Beschilderung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauberkeit Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausstattung Patientenzimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauberkeit Patientenzimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zustand der sanitären Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cafeteria (Gesamteindruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beurteilung der Verpflegung	1	2	3	4
Frühstück	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittagessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abendbrot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswahl (vegetarisch/ vegan, Obst/ Gemüse etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahlzeitenmenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unser Haus	1	2	3	4
Welchen Gesamteindruck haben Sie von unserem Haus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Würden Sie uns weiterempfehlen?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
---------------------------------	--------------------------	----------------------------

Haben Sie weitere Anregung, Lob oder Kritik?

Der Link zum Hochladen Ihres ausgefüllten Fragebogens (ggf. weitere Anhänge) führt Sie auf eine Meldeseite, auf der Sie zusätzlich einen Freitext verfassen können.

Wünschen Sie eine direkte Rückmeldung über das digitale Meldeportal? Wenn ja, geben Sie bitte Ihre Mail-Adresse im Portal mit an.