

***Wie zufrieden sind Sie mit uns?***

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir bemühen uns, Sie optimal zu versorgen. Deswegen ist uns Ihre Meinung sehr wichtig!

Sie helfen uns mit Ihren Antworten und Anregungen, Schwachstellen und Probleme zu erkennen und zu verbessern. Auch Ihre Kritik hilft uns dabei.

Bitte füllen Sie den Fragebogen kurz vor Ihrer Entlassung aus und werfen Sie ihn in den Sammelkasten auf Station \_\_\_\_\_.

Selbstverständlich erfolgt die Auswertung der Bögen anonym.

**Fragen zur Person**

**Bitte kreuzen Sie an:**

Alter

- |                     |                          |             |                          |                    |                          |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Jünger als 20 Jahre | <input type="checkbox"/> | 20-30Jahre  | <input type="checkbox"/> | 30-40 Jahre        | <input type="checkbox"/> |
| 40-50 Jahre         | <input type="checkbox"/> | 50-60 Jahre | <input type="checkbox"/> | 60-70 Jahre        | <input type="checkbox"/> |
| 70-80 Jahre         | <input type="checkbox"/> |             |                          | älter als 80 Jahre | <input type="checkbox"/> |

**Waren Sie schon einmal Patient bei uns?**

- Ja  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Nein

**Wie hat sich unser Haus Ihrer Meinung nach seither entwickelt?**

- Verbessert  Gleich  Verschlechtert

**Wer hat Ihnen die Behandlung bei uns empfohlen?**

- |                    |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hausarzt           | <input type="checkbox"/> | Facharzt                 | <input type="checkbox"/> |
| Verwandte/Bekannte | <input type="checkbox"/> | Komme auf eigenen Wunsch | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

Bitte bewerten Sie nach dem Schulnotensystem

**Wie beurteilen Sie die Verpflegung?**

	sehr gut	gut	befrie- digend	ausrei- chend	mangel- haft
Wahlmöglichkeiten					
Menge					
Geschmack					
Aussehen					
Temperatur					

**Wie beurteilen Sie die Räumlichkeiten?**

	sehr gut	gut	befrie- digend	ausrei- chend	mangel- haft
Ausstattung der Zimmer					
Sauberkeit der Zimmer					
Anzahl und Ausstattung der sanitären Einrichtungen					
Sauberkeit der sanitären Einrichtungen					
Sauberkeit der Aufenthaltsräume					
Öffnungszeiten der Cafeteria					

**Wie beurteilen Sie unser Pflegepersonal?**

	sehr gut	gut	befrie- digend	ausrei- chend	mangel- haft
Freundlichkeit					
Zuwendung					
Verständlichkeit					
Kompetenz					

**Wie beurteilen Sie unsere Organisation?**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Wartezeit auf einen Aufnahmetermin					
Erreichbarkeit der Aufnahmestelle					
Wartezeiten bei der Aufnahme					
Koordination von Untersuchungen					
Durchführung von Visiten					
Organisation der Entlassung					

**Wie beurteilen Sie die ärztliche Behandlung?**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Freundlichkeit					
Verständlichkeit					
Kompetenz					
Zuwendung					

**Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Punkte?**

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig
Die Qualität des Essens				
Die Sauberkeit				
Die Betreuung durch das Pflegepersonal				
Die fachliche ärztliche Betreuung				
Die Zuwendung durch den Arzt				
Der reibungslose Ablauf der Behandlung				
Die Einbeziehung der Angehörigen				
Die gute Organisation der Entlassung				

## Information der Patienten

	JA	Nein	nicht zutreffend
Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnten Sie alle Ihnen wichtigen Fragen stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie über Behandlungsalternativen unterrichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnten Sie alle Ihnen wichtigen Fragen stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen ein Entlassungsbericht mitgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Weiterbehandlung geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie über die Möglichkeiten von Anschlussheilbehandlungen und Kuren informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen bei der Beantragung geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnten Sie mit einer Selbsthilfegruppe Kontakt aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie ausreichend über den Umgang mit einem Stoma (falls angelegt) unterrichtet und geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte die Einleitung der Krankengymnastik bereits vor der Entlassung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie uns auch einer Bekannten oder Angehörigen empfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_

**Falls Sie sich nicht wieder bei uns behandeln lassen würden, warum nicht?**

---

---

---

---

**Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?**

---

---

---

---

**Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

---

---

---

---

**Was fehlt Ihrer Meinung nach in den Zimmern, sanitären Einrichtungen und Aufenthaltsräumen?**

---

---

---

---

**Wir danken Ihnen für Ihre Hilfe.**