

Angaben zur Klinikbewertung

17. Wie ist Ihr Gesamteindruck von unserer Klinik?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

18. Würden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?

Ja Nein

Was würden Sie in unserer Klinik verbessern?

Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht: Männlich Weiblich

Versicherungsschutz:

gesetzlich zusatzversichert privat

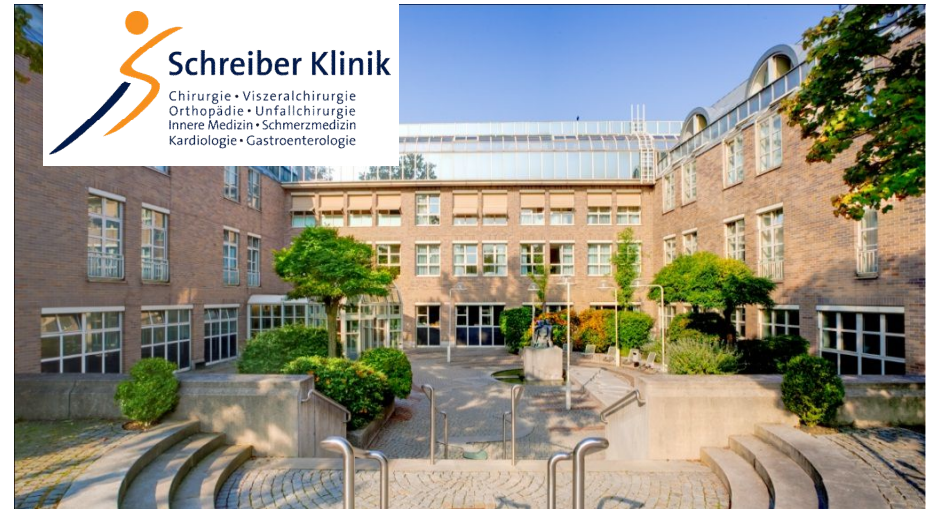
Aus welchem Grund haben Sie sich für die Schreiber Klinik entschieden?

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Empfehlung vom Arzt | <input type="radio"/> Empfehlung aus Bewertungsportal |
| <input type="radio"/> Empfehlung von Familie/ Freunden | <input type="radio"/> Information von Veranstaltung |
| <input type="radio"/> Ich war schon mal hier | <input type="radio"/> Information über Klinikwebseite |

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in die vorgesehenen Briefkästen werfen oder auch beim Pflegepersonal abgeben.

Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt.

**Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung
und wünschen Ihnen baldige Genesung!**



Patientenfragebogen

Ihre Meinung ist uns wichtig !

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie für Ihren Krankenhausaufenthalt unsere Klinik gewählt haben. Für Ihr Vertrauen sind wir dankbar und möchten Ihnen dafür bestmögliche medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung sowie ein umfassendes Serviceangebot bieten. Die Zufriedenheit der Patienten ist unser oberstes Ziel, daher ist es wichtig, Ihre Wünsche und Bedürfnisse zu kennen, um diese zu berücksichtigen.

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens teilen Sie uns Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung mit, die Sie in unserer Klinik gemacht haben.

Dr. Michael Schreiber
Ärztlicher Direktor

Angaben zur Aufnahme

1. Wie verlief die Aufnahme ins Krankenhaus?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

Angaben zur ärztlichen Versorgung

2. Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit Ihnen?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

3. Die Informationen von den Ärztinnen und Ärzten waren insgesamt...

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

4. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

Angaben zur pflegerischen Versorgung

5. Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

6. Auf Schmerzen, Beschwerden oder Wünsche reagiert das Pflegepersonal...

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

7. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Versorgung ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

Angaben zu Physiotherapie und Sozialdienst

8. Wie zufrieden waren Sie mit der physiotherapeutischen Behandlung

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

9. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch den Sozialdienst?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

Angaben zur Verpflegung

10. Wie bewerten Sie die Wahlmöglichkeit der Gerichte?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

11. Wie hat Ihnen das Essen geschmeckt?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

12. Wurden Ihre Wünsche berücksichtigt?

Ja Nein

Angaben zur Unterbringung und Sauberkeit

13. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Zimmer?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

14. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Zimmer?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 ungenügend

Weitere Angaben zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

15. Mussten Sie während Ihres Aufenthaltes häufig warten?

Ja Nein

wenn "ja", wo? _____

16. In welcher Abteilung bzw. Station waren Sie?

- | | | | |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|-----------|
| <input type="radio"/> | Chirurgie | <input type="radio"/> | Station 1 |
| <input type="radio"/> | Orthopädie | <input type="radio"/> | Station 2 |
| <input type="radio"/> | Innere Medizin | <input type="radio"/> | Station 3 |
| <input type="radio"/> | Gastroenterologie | <input type="radio"/> | Station 4 |
| <input type="radio"/> | Intensivstation | | |