

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Uns interessiert Ihr Eindruck zu unserem Krankenhaus. Dazu stellen wir Fragen zu verschiedenen Bereichen, wie medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung etc. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung am Besten beschreibt.

**In welcher Klinik waren Sie oder Ihr Angehöriger hier?**

FK Frührehabilitation     Rehabilitationsklinik     FK Bewegungsstörungen/ Parkinson

Patient     Geschlecht: weiblich     Station: \_\_\_\_\_ (freiwillige  
 Angehöriger     männlich     Alter: \_\_\_\_\_ (Angaben)

Ärztliche Versorgung							
<b>Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt?</b>							
Bsp.: Beteiligung, Mitspracherecht, ggf. Einbeziehung der Angehörigen							
Ja, sehr 😊	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht 😞
<b>Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit Ihnen?</b>							
Bsp.: Freundlichkeit respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
<b>Wurden Sie von den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus insgesamt angemessen informiert?</b>							
Bsp.: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit							
Ja, sehr	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht
<b>Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in Ihrem Krankenhaus ein?</b>							
Bsp.: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, moderne Behandlungsmethoden							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
Pflegerische Betreuung							
<b>Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt?</b>							
Bsp.: Beteiligung, Mitspracherecht, ggf. Einbeziehung der Angehörigen							
Ja, sehr 😊	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht 😞
<b>Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?</b>							
Bsp.: Freundlichkeit respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
<b>Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?</b>							
Bsp.: Umgang mit der Krankheit, Untersuchungen, Tagesablauf							
Ja, sehr	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht
<b>Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in Ihrem Krankenhaus ein?</b>							
Bsp.: die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, Versorgung nach neuestem Wissen							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
Therapeutische Betreuung							
<b>Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Therapeuten berücksichtigt?</b>							
Bsp.: Beteiligung, Mitspracherecht, ggf. Einbeziehung der Angehörigen							
Ja, sehr 😊	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht 😞
<b>Wie beurteilen Sie den Umgang der Therapeuten mit Ihnen?</b>							
Bsp.: Freundlichkeit respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
<b>Wurden Sie von den Therapeuten insgesamt angemessen informiert?</b>							
Bsp.: Umgang mit der Krankheit, Therapie, Therapieablauf							
Ja, sehr	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht
<b>Wie schätzen Sie die Qualität der therapeutischen Betreuung in Ihrem Krankenhaus ein?</b>							
Bsp.: die fachliche Kompetenz der Therapeuten, moderne Behandlungsmethoden							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht

Wie empfanden Sie die Betreuung durch die Mitarbeiter in folgenden Abteilungen?							
<b>EKG/ Bronchologie</b>							<b>trifft für mich nicht zu</b>
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>EMG/ EEG</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>Urologie</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>Röntgenabteilung</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>Sozialdienst</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>Seelsorger</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>
<b>Fahrdienst/ Patientenbegleitservice</b>							
😊	1	2	3	4	5	6	☹️ <input type="checkbox"/>

Aufnahme/ Entlassung							
<b>Verlief die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?</b>							
Ja, sehr 😊	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht ☹️
<b>Wie empfanden Sie die Organisation der Entlassung?</b>							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht

Zu Ihrem Krankenhausaufenthalt							
<b>Mussten Sie zu Behandlungs- / Untersuchungsterminen häufig lange warten?</b>							
Nein, niemals	1	2	3	4	5	6	Ja, immer
<b>Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in Ihrem Krankenhaus?</b>							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht
<b>Entsprach die Essensversorgung im Krankenhaus Ihren Bedürfnissen?</b>							
Ja, sehr	1	2	3	4	5	6	Überhaupt nicht
<b>Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Klinik?</b>							
Sehr gut	1	2	3	4	5	6	Sehr schlecht

**Würden Sie unser Krankenhaus weiterempfehlen?**

voll und ganz 😊  1  2  3  4  5  6 ☹️  Überhaupt nicht

**Anmerkungen/ Ihre Vorschläge, Ideen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank.