

Fragebogen zu Ihrem Klinikaufenthalt

Version 3.0



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

all unsere Bemühungen sind auf Ihr Wohl und Ihre baldige Genesung in unserem Haus ausgerichtet.

Um die Leistungen und den Service unserer Klinik stetig zu verbessern, würden wir uns freuen, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen und die folgenden Fragen beantworten. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie (natürlich gern anonym) in die Meinungsbox auf Ihrer Station werfen/werfen lassen oder direkt bei der Qualitätsmanagementbeauftragten Frau Schneider (Tel.: 03722/761571) im 2. OG Haus A, Zimmer 006 (Briefkasten) abgeben.

Wir bedanken uns für Ihre Meinung und die Unterstützung.

*Alles Gute und baldige Genesung wünschen
die Mitarbeiter/-innen des Diakoniekrankenhauses*

Sind Sie zum ersten Mal in unserem Diakoniekrankenhaus? ja nein, bereits _____ Mal

Ihre Aufnahme erfolgte

- geplant als Notfall per Einweisung durch den Hausarzt
 Verlegung aus einem anderen Krankenhaus Sonstiges

Auf welcher Station wurden Sie behandelt?

Station 1	Station 2	Station 3	Station 4	Station 5	Station 6	Station 9	Intensivstation
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------------

In welchem Fachbereich erfolgte Ihre Behandlung?

Frauen- heil- kunde	Allgemein-, Viszeral- chirurgie und Proktologie	Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie	Orthopädie und Unfall- chirurgie	Stroke unit	Innere Medizin I (Kardiologie, Pulmologie und Angiologie)	Innere Medizin II (Gastroenterologie und Diabetologie)
---------------------------	--	--	--	----------------	--	--

1. Klinische Abläufe

Wie zufrieden sind Sie mit den	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
1.1 Wartezeiten am Aufnahmetag in der:							
Patientenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Wartezeiten vor Untersuchungen, Eingriffen und Behandlungen innerhalb der:							
Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostischen Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Wartezeiten entstanden sind, welche Untersuchungen / Behandlungen sind betroffen?							

1.3 Wann wurden Sie nach der Aufnahme im Krankenhaus zum ersten Mal von einem Arzt untersucht?

- sofort nach der Aufnahme später am Aufnahmetag nicht am Aufnahmetag

Wie zufrieden sind Sie mit der	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
1.4 Einhaltung der Ruhezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Sprechzeiten für Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Information über den bevorstehenden Entlassungstermin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Durchführung eines Entlassungsgespräches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Personal des Krankenhauses							
Wie zufrieden sind Sie mit der	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
2.1 Behandlung und Betreuung durch die Ärzte							
Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrung meiner Intim- und Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Betreuung durch das Pflegepersonal im Hinblick auf:							
Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über Pflegeablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit, wenn Sie Hilfe brauchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrung meiner Intim- und Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Umgang mit Schmerzen:							
Nachfrage nach Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung der Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Informationsaustausch zwischen ärztlichen und pflegerischen Personal über die Behandlung							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Umgang mit Ihren Angehörigen durch:							
Ärztliches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Betreuung in der:							
Patientenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenabteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie (Schluck-, Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch den Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Abteilung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Umgang mit Beschwerden

6.1 Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes über etwas beschwert?

ja, über: _____ nein

6.2 Waren Sie mit dem Umgang Ihrer Beschwerde zufrieden? ja nein

7. Empfehlung, Anregungen und Kritik

7.1 Warum haben Sie sich für unser Diakoniekrankenhaus entschieden?

- Gute Erfahrungen Räumliche Nähe Empfehlung von Bekannten/Verwandten
 Empfehlung des behandelnden Arztes: _____
 Sonstiges: _____

7.2 Würden Sie unser Diakoniekrankenhaus weiterempfehlen?

ja nein, weil _____

7.3 Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

7.4 Was hat Ihnen weniger gut gefallen?

7.5 Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns machen?

8. Allgemeine Angaben

8.1 Wie alt sind Sie? _____ Jahre **8.2 Geschlecht?** männlich weiblich

8.3 Sie sind in unserem Haus als Kassenpatient Privatpatient

8.4 Haben Sie Wahlleistungen in Anspruch genommen? ja nein

Datum:

Vielen Dank, dass Sie sich für uns Zeit genommen haben!