

# Patientenumfrage

Ihre Meinung ist gefragt!



## Zentralklinik Bad Berka

Markieren Sie so:

Korrektur:

Bitte geben Sie Kommentare ausschließlich unter Punkt 7.4 ab.

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit bitten Sie die Krankenhausmitarbeiter um Ihre Hilfe. Ihre Zufriedenheit ist unser wichtigstes Anliegen. Um dies zu erreichen, sind Ihre Antworten für uns von großer Bedeutung. Zusätzliche Kommentare können Sie gern unter Punkt 7.4 angeben.

Wir stehen Ihnen jederzeit gern bei Fragen zur Verfügung.  
Für Ihre Unterstützung sagen wir Ihnen im Voraus vielen Dank!

### 1. Aufnahme

- 1.1 Wie wurden Sie von den Mitarbeitern an der Rezeption/Aufnahme in der Eingangshalle bedient? sehr gut     schlecht
- 1.2 Wie zufrieden waren Sie mit dem Erstkontakt auf der Station? sehr gut     schlecht

### 2. Allgemeine Angaben

2.1 Auf welcher Station wurden Sie behandelt? (Bitte pro Fragebogen nur **eine** Station auswählen.)

- |                              |                              |                                |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A2  | <input type="checkbox"/> A3  | <input type="checkbox"/> B2    |
| <input type="checkbox"/> B3  | <input type="checkbox"/> D2  | <input type="checkbox"/> D3    |
| <input type="checkbox"/> G0  | <input type="checkbox"/> G1  | <input type="checkbox"/> G2    |
| <input type="checkbox"/> G3  | <input type="checkbox"/> G4  | <input type="checkbox"/> G5/H5 |
| <input type="checkbox"/> G6  | <input type="checkbox"/> H0  | <input type="checkbox"/> H1    |
| <input type="checkbox"/> H2  | <input type="checkbox"/> H3  | <input type="checkbox"/> H4    |
| <input type="checkbox"/> H6  | <input type="checkbox"/> KIN | <input type="checkbox"/> IC1/2 |
| <input type="checkbox"/> IC3 | <input type="checkbox"/> ITS |                                |

2.2 In welcher Klinik bzw. Abteilung wurden Sie behandelt? (Bitte pro Fragebogen nur **einen** Fachbereich auswählen.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemein- und Viszeralchirurgie         | <input type="checkbox"/> Angiologie                                    | <input type="checkbox"/> Gastroenterologie und Endokrinologie |
| <input type="checkbox"/> Internistische Onkologie und Hämatologie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie                                | <input type="checkbox"/> Neurologie                           |
| <input type="checkbox"/> Isotopentherapie/ Nuklearmedizin         | <input type="checkbox"/> Herzchirurgie                                 | <input type="checkbox"/> Kardiologie                          |
| <input type="checkbox"/> Rhythmologie                             | <input type="checkbox"/> Orthopädie                                    | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin                     |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie                              | <input type="checkbox"/> Thorax- und Gefäßchirurgie                    | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie                |
| <input type="checkbox"/> Querschnittgelähmtenzentrum              | <input type="checkbox"/> Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> Lungenkrebszentrum                   |

### 3. Betreuung

- 3.1 Wie beurteilen Sie die pflegerische Versorgung? sehr gut     schlecht
- 3.2 Wie beurteilen Sie die ärztliche Versorgung? sehr gut     schlecht
- 3.3 Wie empfanden Sie die Betreuung durch die Physiotherapie/Ergotherapie (falls zutreffend)? sehr gut     schlecht
- 3.4 Wie empfanden Sie die Betreuung durch unseren Sozialdienst (falls zutreffend)? sehr gut     schlecht
- 3.5 Wie empfanden Sie die Betreuung durch die Seelsorge (falls zutreffend)? sehr gut     schlecht





4. Aufklärung

- 4.1 Wie verständlich wurden Ihnen die durchgeführten Untersuchungen und deren Ergebnisse erklärt? sehr gut     schlecht
- 4.2 Wie verständlich waren die Informationen beim Erstgespräch mit der Apotheke am Aufnahmetag? sehr gut     schlecht
- 4.3 Fand ein Entlassungsgespräch statt? ja     nein
- 4.4 Wie gut wurden Ihnen beim Entlassungsgespräch die Erkrankung, die durchgeführten Behandlungen sowie das weitere Vorgehen erklärt? sehr gut     schlecht

5. Unterbringung, Service und Verpflegung

- 5.1 Wie empfanden Sie die Ausstattung von Zimmer und Bad? sehr gut     schlecht
- 5.2 Wie beurteilen Sie die Sauberkeit von Zimmer und Bad? sehr gut     schlecht
- 5.3 Wie beurteilen Sie den Service auf Station? sehr gut     schlecht
- 5.4 Wie beurteilen Sie die Qualität des Essens? sehr gut     schlecht
- 5.5 Bestand Ihres Erachtens nach genügend Ruhe? ja     nein
- 5.6 Wie gut sind die Ausschilderungen bzw. Orientierungshinweise, um die gewünschten Räumlichkeiten (z. B. Stationen oder Untersuchungsraum) zu erreichen? sehr gut     schlecht

6. Tagesablauf und Untersuchungstermine

- 6.1 Wie bewerten Sie die Essenszeiten? sehr gut     schlecht
- 6.2 Wie bewerten Sie die Visitenzeiten? sehr gut     schlecht
- 6.3 Wie empfanden Sie die Organisation und Terminierung Ihrer Untersuchungen? sehr gut     schlecht

7. Krankenhausaufenthalt insgesamt

- 7.1 Wie beurteilen Sie den Behandlungserfolg? sehr gut     schlecht
- 7.2 Welche Gesamtbeurteilung über das Krankenhaus würden Sie abgeben? sehr gut     schlecht
- 7.3 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
  - einweisender Arzt
  - Empfehlung
  - Internet
  - Presseartikel
  - TV-Bericht
  - Informationsveranstaltung
  - andere
- 7.4 Welche Ideen und Verbesserungsvorschläge haben Sie für uns?

Wenn Sie gern eine Antwort von uns erhalten möchten, benötigen wir noch folgende Angaben

(freiwillig):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

