

# Ihre Meinung ist uns wichtig. Patientenfragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir hoffen, dass Sie sich bei uns ausgezeichnet versorgt und rundum wohl gefühlt haben. Damit wir in Zukunft noch besser auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Patienten eingehen können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Ihre Angaben werden natürlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und alles Gute für die Zukunft wünscht Ihnen

Ihre Antonius Klinik

## Betreuung und Behandlung

gut normal schlecht

### Wie beurteilen Sie Ihre Aufnahme?

Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wie war der Empfang auf der Station?

Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gut normal schlecht

### Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit des Pflegepersonals?

### Wie gefiel Ihnen der Service auf den Stationen?

### Wie bewerten Sie die Behandlung durch die Ärztinnen/Ärzte?

Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja teils nein

### Hatte das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie?

### Hatten die Ärztinnen/Ärzte genügend Zeit für Sie?

ja    teils    nein

### Ist Ihnen ein(e) Schwester/Pfleger oder ein(e) Ärztin/Arzt besonders positiv aufgefallen?

Sie können gern auch den/die Namen der Person/en nennen.

Name: \_\_\_\_\_        

Grund: \_\_\_\_\_

### Ist Ihnen ein(e) Schwester/Pfleger oder ein(e) Ärztin/Arzt besonders negativ aufgefallen?

Sie können gern auch den/die Namen der Person/en nennen.

Name: \_\_\_\_\_        

Grund: \_\_\_\_\_

## Hilfe im Umgang mit der Krankheit

ja    teils    nein

### Wurden Sie ausreichend und für Sie verständlich über Ihre Krankheit informiert?

      

### Entsprachen die Informationen über Behandlungserfolg und Nachbetreuung Ihren Vorstellungen und waren diese ausreichend?

      

## Unterbringung

gut    normal    schlecht

Sauberkeit des Zimmers        

Sauberkeit des Badbereichs        

Zimmerausstattung        

Atmosphäre des Zimmers        

Ruhe        

Weckzeiten        

## Verpflegung

gut    normal    schlecht

Qualität des Essens        

Speisenauswahl        

Getränkeauswahl        

Frühstücksangebot        

Essenszeiten        

Speisenbestellung        

Servierung des Essens        

## Sonstige Angaben/Beurteilungen

gut    normal    schlecht

### Wie ist der Gesamteindruck von unserer Klinik?

      

### Wie haben Sie sich innerhalb des Gebäudes zurecht gefunden?

      

### Welchen Eindruck hatten Ihre Besucher von unserer Klinik?

      

ja    teils    nein

### Wurde Ihre Privatsphäre geachtet und respektiert?

      

### Würden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?

      

### In welcher Fachabteilung waren Sie untergebracht?

Abteilung: \_\_\_\_\_

Zimmertyp: \_\_\_\_\_

### Wie viele Tage waren Sie als Patient im Krankenhaus?

1-3 Tage     4-8 Tage     länger

### Art Ihres Aufenthalts?

geplanter Termin     Notfall

### Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Was sollten wir dringend verbessern?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_