

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

Freundlichkeit

Kompetenz

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?

