

Liebe Patientin und lieber Patient,

Ihre umfassende und gute Betreuung liegt uns am Herzen.

Aus diesem Grund interessiert uns Ihre ehrliche und offene Meinung. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Meinung wird selbstverständlich anonym behandelt. Vielen Dank!

## Allgemeine Angaben

Mein Alter

unter 60 Jahre     60-75 Jahre     über 75 Jahre

Welcher Eingriff wurde bei Ihnen durchgeführt?

Implantation Hüftendoprothese     Implantation Knieendoprothese     Anderer Eingriff

Wie zufrieden waren Sie mit folgenden Aspekten, bitte bewerten Sie nach Schulnoten - Note 1 sehr gut, Note 6 ungenügend:

## Aufnahme

Wie bewerten Sie die Betreuung und den Ablauf während Ihrer Aufnahme im Krankenhaus?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Ärzte

Wie fühlen Sie sich über die Operation, Risiken und weitere Behandlungsmöglichkeiten informiert und aufgeklärt?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie bewerten Sie die Visiten auf der Station?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Pflege

Wie schätzen Sie die Betreuung durch die Pflege-Mitarbeiter auf der Station ein?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OP

Wie empfanden Sie die Betreuung durch die Mitarbeiter im Aufwachraum und OP?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Behandlung

Wie beurteilen Sie Ihr Behandlungsergebnis?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie schätzen Sie die Bereitstellung von Hilfsmitteln (Unterarmgehstützen, Sitzkissen etc.) ein?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie bewerten Sie die Behandlung durch die Physiotherapie?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Entlassung

Wie wurden Sie durch die Ärztinnen/Ärzte auf Ihre Entlassung vorbereitet?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie bewerten Sie die Organisation der Reha bzw. der Nachbehandlung durch den Sozialdienst?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# Patientenfragebogen Endoprothetik

## Allgemein

Wie schätzen Sie das Speisenangebot ein?

1

2

3

4

5

6

keine Angabe

Wie würden Sie den Gesamtaufenthalt einschätzen?

1

2

3

4

5

6

keine Angabe

Würden Sie unser Endoprothesen-Zentrum weiter empfehlen?

ja

nein

**Gibt es etwas, was Sie uns außerdem mitteilen möchten?**

|   |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute und Gottes Segen.**

Stand: Mai 2017

Erstellt: Team Endoprothetik/QMB KHH

