

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige,

da Qualität in der heutigen Zeit eine immer größere Rolle spielt, möchten wir mit diesem Fragebogen testen, ob Sie mit unserer Station, dem Team, Ihrem Behandlungserfolg und den hier vorhandenen räumlichen Bedingungen zufrieden sind. Wir möchten Sie deshalb herzlich bitten, die hier aufgeführten Fragen zu beantworten.

Das Team der Geriatrie im Krankenhauses Hedwigshöhe

## Wir beginnen mit Fragen, die unser Behandlungsteam betreffen:

### 1. Wie ist Ihr Eindruck vom fachlichen Können unseres Teams?

	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	keine Angabe
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Wie empfinden Sie die persönliche Zuwendung des Personals?

	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	keine Angabe
Die Zuwendung war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Wie erleben Sie die Hilfsbereitschaft unseres Teams?

	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	keine Angabe
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Patientenbefragung in der Geriatrie

### 4. Wie fühlen Sie sich über die Behandlung und weitere Behandlungsmöglichkeiten informiert?

Information über Behandlungsmöglichkeiten war...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe

### 5. Welche Therapien erhalten Sie?

Ich erhalte...  
Physiotherapie  Ergotherapie  Psychologin  Logopädie  keine Angabe

Die nächsten Fragen betreffen Sie selbst:

### 6. Sind Sie mit der bisherigen Behandlung zufrieden?

Die bisherige Behandlung war...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe

### 7. Haben Sie Ihr Behandlungsziel erreicht?

Behandlungsziel erreicht  
ja  nein  keine Angabe

### 8. Fühlen Sie sich als Mensch verstanden?

Fühle mich als Mensch verstanden  
ja  nein  keine Angabe

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Ausstattung und Sauberkeit unserer Räume:

### 9. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Zimmer?

Die Ausstattung ist...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe

### 10. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Zimmer?

Die Sauberkeit ist...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe

### 11. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Sanitärbereiche?

Die Ausstattung ist...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe

### 12. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Sanitärbereiche?

Die Sauberkeit ist...  
sehr gut  gut  befriedigend  schlecht  keine Angabe



# Patientenbefragung in der Geriatrie

Zuletzt möchten wir Ihnen noch ein paar allgemeine Fragen stellen:

## 13. Wie beurteilen Sie insgesamt die Qualität der Verpflegung (Essen, Getränke) auf unserer Station?

Die Verpflegung war...      sehr gut      gut      befriedigend      schlecht      keine Angabe  
                       

## 14. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?

Ich lasse mich in Zukunft bei Ihnen behandeln:      ja      nein      keine Angabe  
           

## 15. Wie sind Sie mit unseren Serviceleistungen auf Station zufrieden und welche Angebote würden Sie gern zusätzlich nutzen?

Zusätzliche Angebote:


Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigegefügt Umschlag an einen Mitarbeiter der Station weiter.

Stand: Mai 2017  
Erstellt: Alexianer GmbH, Referat QM/RM

