

Darmkrebszentrum Patient*innenbefragung



Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Liebe Patientin, lieber Patient,
 an Ihrer ehrlichen und offenen Meinung sind wir sehr interessiert. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im vorbereiteten Umschlag an uns zurückzusenden.

Das Team des Darmkrebszentrums im St. Hedwig-Krankenhaus.

1. Angaben zu Ihrer Person

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| 1.1 Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> divers |
| 1.2 Waren Sie bereits zuvor Patient*in in unserem Haus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| 1.3 Wie lange dauerte Ihr derzeitiger Krankenhausaufenthalt? | <input type="checkbox"/> bis zu 14 Tagen | <input type="checkbox"/> länger als 14 Tage | <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| 1.4 Auf welcher Station haben Sie zuletzt gelegen? | <input type="checkbox"/> Station 7 | <input type="checkbox"/> Station 63 | <input type="checkbox"/> keine Angabe |

2. Fragen zur ärztlichen Versorgung

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| 2.1 Wie wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt? (Bsp.: Beteiligung, Mitspracherecht, ggf. Einbeziehung Angehöriger) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 2.2 Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärzt*innen im Krankenhaus mit Ihnen? (Bsp.: Freundlichkeit, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 2.3 Wie wurden Sie durch die Ärzt*innen im Krankenhaus insgesamt informiert? (Bsp.: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 2.4 Wie wurden Sie durch die Ärzt*innen auf Ihre Entlassung vorbereitet? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |

3. Fragen zur pflegerischen Betreuung

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| 3.1 Wie wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt? (Bsp.: Beteiligung, Mitspracherecht, ggf. Einbeziehung Angehöriger) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 3.2 Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen? (Bsp.: Freundlichkeit, Eingehen auf Ängste, Zeit zum Gespräch) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 3.3 Wie wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt informiert? (Bsp.: Information über organisatorische Abläufe wie Tagesablauf, Vorbereitung auf Untersuchungen) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 3.4 Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in unserem Krankenhaus ein? (Bsp.: Fachliche Kompetenz, Versorgung nach neuestem Wissen) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |

4. Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die Mitarbeitenden ein? (Bsp.: Freundlichkeit, Kompetenz, Aufnahme, etc.)

- | | | | |
|------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 4.1 in der Patientenaufnahme | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.2 im OP | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |



4. Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die Mitarbeitenden ein? (Bsp.: Freundlichkeit, Kompetenz, Aufnahme, etc.) [Fortsetzung]

- | | | | | |
|------|--|--|---|-------------------------------------|
| 4.3 | in der Radiologie | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.4 | in der Funktionsdiagnostik (EKG, Atmungslabor, etc.) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.5 | in der Krankenseelsorge | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.6 | im Sozialdienst /Case Management | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.7 | in der Physiotherapie | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.8 | Psycholog*innen | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.9 | in der Wund- und Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.10 | der Menüassistenz (Stationsküche) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 4.11 | Ernährungsberater*innen | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |

5. Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen?

- | | | | | |
|-----|---|--|---|-------------------------------------|
| 5.1 | Die Unterbringung / Räumlichkeiten | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 5.2 | Die Wahrnehmung der Ruhezeiten (Mittags- und Nachtruhe) | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |

6. Informationen zur Entlassung und für die Zeit nach Ihrem stationären Aufenthalt

- | | | | | |
|-----|---|--|---|-------------------------------------|
| 6.1 | Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 6.2 | Wie wurden Sie über die Weiterbehandlungen Ihrer Erkrankung informiert? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 6.3 | Wie wurden Sie über eine mögliche Anschlussheilbehandlung (Reha) und/oder Nachsorge informiert? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |
| 6.4 | Wie beurteilen Sie die Informationen zu Selbsthilfegruppen und psychologischer Unterstützung? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> akzeptabel |

7. Sonstiges

- | | | | | |
|-----|--|--|--------------------------------|---|
| 7.1 | Wurden Ihnen ausreichend Schmerzmittel verabreicht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| 7.2 | Teilweise, bitte erläutern: | | | |
| | | | | |
| 7.3 | Waren Sie mit den Inhalten der Patientenmappe zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> nein* | <input type="checkbox"/> nicht erhalten |
| 7.4 | *Welche Unterlagen haben Sie vermisst? | | | |
| | | | | |
| 7.5 | Würden Sie das Darmkrebszentrum weiterempfehlen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |



8. Abschließende Einschätzung

- 8.1 Liebe Patientin, lieber Patient,
vielleicht können Sie uns abschließend wissen lassen, wie Sie auf unser Haus aufmerksam geworden sind und was Sie während Ihres Aufenthaltes als besonders positiv oder besonders negativ empfunden haben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Wir wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute.

Ihr Team des Darmkrebszentrums

Stand: 01.10.2022
Erstellt: QMB SHK

