

# Patientenbefragung in der Geriatrie

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 St. Hedwig-Krankenhaus

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

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

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

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

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

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

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

### 5. Welche Therapien erhalten Sie?

Ich erhalte...	Physiotherapie <input type="checkbox"/>	Ergotherapie <input type="checkbox"/>	Psychologin <input type="checkbox"/>	Logopädie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
----------------	--	--	---	---------------------------------------	--

Die nächsten Fragen betreffen Sie selbst:

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

Die bisherige Behandlung war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

### 7. Haben Sie Ihr Behandlungsziel erreicht?

Behandlungsziel erreicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--

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

Fühle mich als Mensch verstanden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--

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 <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

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

Die Sauberkeit ist...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

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

Die Ausstattung ist...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

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

Die Sauberkeit ist...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--



