

Patientenfragebogen

Monat: _____ 2010

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Meinung ist uns wichtig...

Um unseren Qualitätsstandard zu halten und weiter zu verbessern sind wir auf die Einschätzungen unserer Patienten angewiesen. Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn auch Sie uns helfen, mögliche Schwächen schneller erkennen und entsprechend lösen zu können. Natürlich freuen wir uns auch über Lob und positive Rückmeldungen!

Deshalb bitten wir Sie herzlich, diesen Fragebogen ausgefüllt in die vorgesehenen Briefkästen einzuwerfen oder einem unserer Mitarbeiter auf Station oder an der Pforte zu übergeben.

Vielen Dank im voraus!
Ihre RoMed Klinik Wasserburg

1. In welcher Fachrichtung wurden Sie versorgt?

Innere Medizin Chirurgie Geburtshilfe/Gyn HNO

2. Auf welcher Station wurden Sie versorgt?

Station: 1 2 3 4 5 Intensivstation

3. Wie viele Tage waren Sie bei uns im Krankenhaus? _____ Tage

4. Durch wen wurden Sie auf unser Krankenhaus aufmerksam?

Bekannte Verwandte selbst schon Patient gewesen
 Internet Hausarzt andere

5. Beurteilung der Betreuung und Behandlung durch unsere Mitarbeiter

Wenn Sie einzelne Leistungen nicht beurteilen können, weil Sie damit keine Erfahrungen gemacht haben, lassen Sie die jeweilige Frage einfach aus.

Wie beurteilen Sie	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
die medizinische / pflegerische Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Erreichbarkeit der Ärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zeit der Ärzte für den Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Information der Ärzte über Ihre Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Freundlichkeit der Ärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- die **ärztliche Betreuung** insgesamt?
- die **Erreichbarkeit des Pflegepersonals**?
- die **Zeit des Pflegepersonals für den Patienten**?
- die **Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals**?
- die **Freundlichkeit des Pflegepersonals**?
- die **Betreuung durch das Pflegepersonal insgesamt**?

die **Behandlung in anderen Abteilungen?** (soweit zutreffend)

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neugeborenzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

6. Falls bei Ihnen eine Operation durchgeführt wurde, um was für einen Eingriff hat es sich gehandelt?

7. Hatten Sie nach der Operation mit Erbrechen zu kämpfen?

Ja Nein

8. Hatten Sie nach der Operation Schmerzen? Wenn ja,

leicht mäßig stark unerträglich

9. Falls ja, hat man Ihre Schmerzen ernst genommen und sich entsprechend um Sie gekümmert?

Ja Nein

10. Wie beurteilen Sie den Service der Klinik?

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
die Freundlichkeit der Mitarbeiter in der Verwaltung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Information über die Wahlleistungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Sauberkeit der Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Zeitpunkt der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Geschmack der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Abwechslung der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Größe der Portionen der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie beurteilen Sie die Einrichtung und Ausstattung

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
hinsichtlich der Orientierung in der Kreisklinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Patientenzimmer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der sanitären Einrichtungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Klinik insgesamt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie beurteilen Sie insgesamt die Atmosphäre in unserer Klinik?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem Aufenthalt in der RoMed Klinik Wasserburg?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Was hat Ihnen alles gefallen, was fanden Sie an Ihrem Aufenthalt gut?

15. Was fanden Sie nicht so gut, was könnte man Ihrer Meinung nach noch verbessern?

16. Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?

Ja

Nein

Die Angaben von persönlichen Daten

sind natürlich freiwillig, erhöhen jedoch den Wert dieses Fragebogens erheblich. Wir versichern Ihnen, dass wir mit Ihren Angaben entsprechend des Datenschutzgesetzes des Landes Bayern vertraulich umgehen werden.

Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Nochmals vielen Dank, dass Sie uns durch Ihre Mithilfe die Möglichkeit gegeben haben, die Qualität in unserem Krankenhaus aus Sicht unserer Patienten beurteilen zu können. Hieraus werden für uns Verbesserungen erkennbar, die dazu beitragen, unseren Qualitätsstandard kontinuierlich zu verbessern.

Ihre RoMed Klinik Wasserburg am Inn