

# ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

**Sehr geehrte Patienten:innen,**

wir möchten unsere Patienten:innen optimal versorgen. Deswegen ist uns Ihre Meinung wichtig! Mit Ihren Antworten, Ihrem Lob und Ihrem Tadel helfen Sie uns, unsere Leistungen weiter zu verbessern. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die beiden Seiten dieses Fragebogens.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

**Klinik:** \_\_\_\_\_

**Meine Station:** \_\_\_\_\_

**Behandelnde Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

Sehr gut / Ja, sehr

Sehr schlecht /  
Nein, überhaupt nicht

## Fragen zur ärztlichen Versorgung

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt?<br>Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung der Angehörigen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärzte:Ärztinnen im Krankenhaus mit Ihnen?<br>Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie von den Ärzten:Ärztinnen im Krankenhaus insgesamt angemessen informiert?<br>Beispiele: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in Ihrem Krankenhaus ein?<br>Beispiele: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzte:Ärztinnen, moderne Behandlungsmethoden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Fragen zur pflegerischen Betreuung

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch das Pflegepersonal berücksichtigt?<br>Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung der Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie beurteilen Sie den Umgang des Pflegepersonals mit Ihnen?<br>Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie von dem Pflegepersonal insgesamt angemessen informiert?<br>Beispiele: Umgang mit der Krankheit, Untersuchungen, Tagesablauf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in Ihrem Krankenhaus ein?<br>Beispiele: fachliche Kompetenz des Pflegepersonals, Versorgung nach neuestem Wissen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Weitere Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie beurteilen Sie die Wartezeiten während Ihres Krankenhausaufenthaltes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Verließ die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in Ihrem Krankenhaus?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Entsprach die Essensversorgung im Krankenhaus Ihren Bedürfnissen?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Würden Sie dieses Krankenhaus Bekannten weiterempfehlen?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Krankenhausaufenthalt verbessert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

## Persönliche Angaben

A In welchem Jahr sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

B Ihr Geschlecht  weiblich  männlich  divers

Wenn Sie im Krankenhaus etwas verbessern könnten, was wäre es?

---

---

---

---

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

---

---

---

---

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in den hierfür vorgesehenen Briefkasten ein, diesen finden Sie auf jeder Station. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Stationsteam.

**Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung, Ihre Krankenhausbetriebsleitung!**