

## Fragebogen zu Ihrem Klinikaufenthalt

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

all unsere Bemühungen sind auf Ihre baldige Genesung ausgerichtet.

Um die Leistungen und den Service unserer Klinik stetig zu verbessern, würden wir uns freuen, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen und die folgenden Fragen beantworten.

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie - natürlich auch anonym - in die Meinungsbox auf Ihrer Station werfen/werfen lassen oder in den Briefkasten des Qualitätsmanagements im Haus A, 2. OG, Zimmer 006. Wir bedanken uns für Ihre Meinung und die Unterstützung!

*Alles Gute und baldige Genesung wünschen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DIAKOMED Diakoniekrankenhauses in Hartmannsdorf.*

**Sind Sie zum ersten Mal im DIAKOMED?**

ja  nein, bereits \_\_\_\_\_ Mal

**Ihre Aufnahme erfolgte**

geplant

als Notfall

per Einweisung durch den Hausarzt

Verlegung aus einem anderen Krankenhaus

Sonstiges

**Auf welcher Station wurden Sie behandelt?**

Station 2a	Station 2b	Station 3	Station 4	Station 5	Station 6	Station 9	Intensivstation	Tagesklinik
------------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------------	-------------

**In welchem Fachbereich erfolgte Ihre Behandlung?**

Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie	Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie	Orthopädie und Unfall- chirurgie	Stroke unit	Innere Medizin I (Kardiologie, Pulmologie und Angiologie)	Innere Medizin II (Gastroenterologie und Diabetologie)
---	--	--	----------------	--	--

### 1. Klinische Abläufe

Wie zufrieden sind Sie?	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
<b>1.1 Wartezeiten am Aufnahmetag in der ...</b>							
Patientenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettungsstelle	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2 Wartezeiten vor Untersuchungen, Eingriffen und Behandlungen innerhalb der ...</b>							
Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostischen Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Wartezeiten entstanden sind, welche Untersuchungen / Behandlungen sind betroffen?							

**1.3 Wann wurden Sie nach der Aufnahme im Krankenhaus zum ersten Mal von einem Arzt untersucht?**

sofort nach der Aufnahme

später am Aufnahmetag

am Aufnahmetag nicht

Wie zufrieden sind Sie?	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
<b>1.4 Einhaltung der Ruhezeiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.5 Sprechzeiten für Angehörige</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.6 Information über den bevorstehenden Entlassungstermin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.7 Durchführung eines Entlassungsgesprächs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Personal des Krankenhauses

Wie zufrieden sind Sie?	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
<b>2.1 Behandlung und Betreuung durch die Ärzte</b>							
Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrung meiner Intim- und Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2 Versorgung und Betreuung durch das Pflegepersonal</b>							
Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über Pflegeablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit, wenn Sie Hilfe brauchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrung meiner Intim- und Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3 Umgang mit Schmerzen</b>							
Nachfrage nach Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung der Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4 Informationsaustausch zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal über Behandlung</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5 Umgang mit Ihren Angehörigen durch ...</b>							
Ärztliches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6 Betreuung in der / im ...</b>							
Patientenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenabteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie (Schluck-, Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Abteilung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Informationen im Krankenhaus

	1	2	3	4	5	6	nicht genutzt
Wie zufrieden sind Sie?	sehr zufrieden					gar nicht zufrieden	
<b>3.1 Information / Aufklärung über ...</b>							
Krankheit (Diagnosen und Befunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspekte und Risiken von Behandlungen bzw. Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen und Narkosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten nach der Entlassung (Medikamente, Ernährung, therapeutische Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2 Leistungen des Sozialdienstes</b>							
Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeüberleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3 Vorhandensein von Informationsbroschüren</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Ausstattung und Service

	1	2	3	4	5	6	nicht genutzt
Wie zufrieden sind Sie?	sehr zufrieden					gar nicht zufrieden	
<b>4.1 Ausschilderung in der Klinik</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Ausstattung Ihres Zimmers</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3 Verfügbarkeit von Aufenthaltsmöglichkeiten</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Zusätzliche Angebote (TV, Internet usw.)</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Verpflegung / Mahlzeiten</b>							
Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwechslung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Tägliche Zimmerreinigung (Reinigungsservice)</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7 Allgemeine Hygienemaßnahmen</b>							
Ärztliches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8 Zusätzliche Servicemöglichkeiten</b>							
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. GESAMTZUFRIEDENHEIT

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Krankenhausaufenthalt?	1 sehr zufrieden	2	3	4	5	6 gar nicht zufrieden	nicht genutzt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Umgang mit Beschwerden

**6.1 Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes über etwas beschwert?**

ja, über: \_\_\_\_\_  nein

**6.2 Waren Sie mit dem Umgang Ihrer Beschwerde zufrieden?**  ja  nein

## 7. Empfehlungen, Anregungen und Kritik

**7.1 Warum haben Sie sich für das DIAKOMED Diakoniekrankenhaus in Hartmannsdorf entschieden?**

Gute Erfahrungen  Räumliche Nähe  Empfehlung von Bekannten/Verwandten

Empfehlung des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7.2 Würden Sie unser DIAKOMED Diakoniekrankenhaus in Hartmannsdorf weiterempfehlen?**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**7.3 Was hat Ihnen besonders gut gefallen?**

**7.4 Was hat Ihnen weniger gut gefallen?**

**7.5 Welche Verbesserungsvorschläge können Sie uns machen?**

## 8. Statistik

**8.1 Wie alt sind Sie?** \_\_\_\_\_ Jahre **8.2 Sie sind**  männlich  weiblich.

**8.3 Sie sind in einer**  gesetzlichen  privaten **Krankenkasse versichert.**

**8.4 Haben Sie Wahlleistungen in Anspruch genommen?**  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich für uns Zeit genommen haben!**