



Patientenfragebogen

Ihre Meinung ist uns wichtig!



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wollen Sie nicht nur medizinisch auf hohem Niveau und nach neuesten Erkenntnissen behandeln, sondern auch Ihrer ganz persönlichen Situation gerecht werden. **Sie sollen sich bei uns wohlfühlen!**

Um diesen Anspruch zu erfüllen und um uns kontinuierlich zu verbessern, ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.

Wir bitten Sie daher den **rückseitigen Fragebogen** auszufüllen und beim Pflegepersonal abzugeben oder in einen der Meinungs-Briefkästen in der Nähe der Stationszimmer oder am Haupteingang des Krankenhauses zu werfen. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym.

Vielen Dank im Voraus.

Ihr Team des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift



Patientenfragebogen

Krankenhaus Reinbek

St. Adolf-Stift

Beste Medizin. Ganz nah.



- Ich bin geplant in die Klinik gekommen (> 24 Std.)
- Ich war ein Notfallpatient in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)
- Ich wurde stationär behandelt < 24 Std.

Mein Alter

Ausfülldatum

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend trifft nicht zu

1. Ärztliche und pflegerische Versorgung

a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
b. Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
c. Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
d. Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerztherapie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
e. Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
f. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>

2. Organisation und Service

a. Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme im Krankenhaus Reinbek?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
b. Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
c. Wie empfanden Sie die Unterbringung und die Ausstattung der Klinik?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
d. Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit in der Klinik?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
e. Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
f. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>

3. Vertrauen und Sicherheit

a. Wie beurteilen Sie den gewissenhaften Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
b. Wie beurteilen Sie die Beachtung Ihrer persönlichen Bedürfnisse und Rechte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
c. Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
d. Würden Sie sich in dieser Klinik wieder behandeln lassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
e. Würden Sie die Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						

4. Wo wurden Sie genau behandelt?

Chirurgie

- Station 2
- Station 3
- Station 10
- Station 11
- Station 12

Innere Medizin

- Station 4
- Station 5
- Station 6
- Station 7
- Station 9

Gynäkologie und Geburtshilfe

- Station 8a
- Station 8b

Funktionsbereiche

- Intensivstation
- Kardiologie Herzkatheterlabor
- Endoskopie
- Radiologie
- Palliativmedizin

5. Ich habe folgende Anregungen und Hinweise:

Wenn Sie ein Thema "befriedigend" oder schlechter bewertet haben, würden wir uns über eine kurze Benennung der Gründe sehr freuen. Vielen Dank im Voraus.



MEDLINQ

(040) 41 62 66-0 08.17 2017074/1612/1

