

Patientenfragebogen

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Beste Medizin. Ganz nah.



Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Zufriedenheit liegt uns am Herzen. Mittels unserer Patient:innenbefragung möchten wir Ihre Meinung zum Aufenthalt in unserem Haus erfahren und Rückmeldungen zu Ihren Wünschen und Anregungen für Verbesserungen erhalten. Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen in einen der Meinungsbriefkästen in der Nähe der Stationszimmer oder am Haupteingang einzuwerfen.



Gern teilen Sie auch Ihre positiven Erfahrungen mit anderen auf [google.de](https://www.google.de) oder [klinikbewertung.de](https://www.klinikbewertung.de). Wenn Sie nicht zufrieden waren, sagen Sie es uns. Das Lob- und Beschwerdemanagement erreichen Sie unter der Telefonnummer 040 7280-5445 oder per E-Mail unter meinung@krankenhaus-reinbek.de.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift

Lob / Anregungen / Kritik

Name (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)



Ausfülldatum

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	trifft nicht zu
----------	-----	--------------	-------------	------------	------------	-----------------

1. Ärztliche und pflegerische Versorgung

Wie empfanden Sie die Freundlichkeit des ärztlichen Personals? 1 2 3 4 5 6

Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität der medizinischen Versorgung? 1 2 3 4 5 6

Wie gut fühlten Sie sich durch das ärztliche Personal informiert? 1 2 3 4 5 6

Wie empfanden Sie die Freundlichkeit des pflegerischen Personals? 1 2 3 4 5 6

Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität der pflegerischen Versorgung? 1 2 3 4 5 6

Wie gut fühlten Sie sich durch das pflegerische Personal informiert? 1 2 3 4 5 6

Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit? 1 2 3 4 5 6

Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung? 1 2 3 4 5 6

Wurden Sie verständlich über operative Eingriffe und Untersuchungen aufgeklärt? 1 2 3 4 5 6

2. Organisation und Service

Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme? 1 2 3 4 5 6

Wie beurteilen Sie die Organisation der Abläufe auf der Station? 1 2 3 4 5 6

Wie zufrieden waren Sie mit der Unterbringung und Ausstattung? 1 2 3 4 5 6

Wie beurteilen Sie die Sauberkeit? 1 2 3 4 5 6

Wie beurteilen Sie die Qualität der Speiserversorgung? 1 2 3 4 5 6

Wurden Sie über Ihre Entlassung und den Ablauf danach ausreichend informiert? 1 2 3 4 5 6

3. Vertrauen und Sicherheit

Wie beurteilen Sie aktuell ihr Behandlungsergebnis? 1 2 3 4 5 6

Würden Sie unsere Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen? Ja Nein

4. Wo wurden Sie genau behandelt? (Hier bitte nur ein Kreuz)

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Station 1 Intensivstation | <input type="checkbox"/> Station 6 | <input type="checkbox"/> Station 10 |
| <input type="checkbox"/> Station 2 | <input type="checkbox"/> Station 7 | <input type="checkbox"/> Station 11 |
| <input type="checkbox"/> Station 3 | <input type="checkbox"/> Station 8a | <input type="checkbox"/> Station 12 |
| <input type="checkbox"/> Station 4 | <input type="checkbox"/> Station 8b | <input type="checkbox"/> Station 14 |
| <input type="checkbox"/> Station 5 | <input type="checkbox"/> Station 9 | <input type="checkbox"/> Ambulanter OP |

5. In welcher Fachabteilung wurden Sie behandelt? (Hier bitte nur ein Kreuz)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie und Bauchchirurgie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Nephrologie / Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall-Einheit (Stroke Unit) |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie / Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> Onkologie und Palliativmedizin | <input type="checkbox"/> Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Shuntzentrum | <input type="checkbox"/> Geburtshilfe |

