

PATIENTEN-FRAGEBOGEN



Beantwortung des Fragebogens als:

- Patient/in Angehörige/r

Allgemeine Angaben zur Behandlung:

Fachabteilung:

- Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Kolo-Proktologie
 Anästhesie/Notfallmedizin/Schmerztherapie/Palliativmedizin
 Geriatrie
 Gynäkologie und Geburtshilfe
 Innere Medizin
 Kardiologie Elektrophysiologie/Rhythmologie
 Kinderklinik
 Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie
 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Augenheilkunde

Zentren:

- AltersTraumaZentrum Brustzentrum CPU (Chest Pain Unit) Darmzentrum
 EndoprothetikZentrum Gynäkologisches Krebszentrum HFU (Heart Failure Unit) Schilddrüsenzentrum
 Wirbelsäulenzentrum Perinataler Schwerpunkt

Station:

- 2B 2C 2D 3C 3D 4C 4D 5C 5D K1 K2 K4

Grund für die Wahl unseres Krankenhauses:

- Empfehlung von Freunden/Verwandten
 gute Lage/Erreichbarkeit
 guter Ruf der Ärztinnen/Ärzte
 ärztliche Empfehlung
 Zufriedenheit mit vorherigen Aufenthalten
 Informationen z. B. aus dem Internet

Grund für die Aufnahme in unser Krankenhaus:

- geplanter Aufenthalt
 Aufnahme als Notfall
 Verlegung aus einem anderen Krankenhaus
 Geburt

Bewertung der ärztlichen Behandlung

Wie zufrieden waren Sie mit
 der Qualität der medizinischen Versorgung?
 der Information/Aufklärung?
 der Freundlichkeit und dem Umgang mit Ihnen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ☺ | ☹ | ☹ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Deshalb möchten wir Ihnen Fragen zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt bzw. dem Ihrer/Ihres Angehörigen stellen. Bitte wählen Sie immer die Antwort aus, die aus Ihrer persönlichen Einschätzung und Erfahrung am besten zutrifft. Fragen, zu denen Sie keine Angaben machen können, lassen Sie bitte aus. Sie können den Fragebogen überall abgeben oder in den Briefkasten „Lob und Tadel“ im Eingangsbereich einwerfen.

Herzlichen Dank
 für Ihre Teilnahme

Bewertung der pflegerischen Versorgung



Wie zufrieden waren Sie mit

der Qualität der pflegerischen Betreuung?

der Information/Kommunikation?

der Freundlichkeit und dem Umgang mit Ihnen?

Bewertung der Verpflegung und Unterbringung



Wie zufrieden waren Sie mit

der Sauberkeit und Hygiene?

dem Essen?

dem Zimmer?

Bewertung der Organisation



Wie zufrieden waren Sie mit

der Aufnahme?

den Wartezeiten?

der Entlassung?

der Einbeziehung der Angehörigen?

GESAMTBEWERTUNG



Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Aufenthalt?

Würden Sie uns weiterempfehlen?

ja nein

Bitte teilen Sie uns Ihre Anmerkungen – positive und negative – hier mit:



Wenn Sie mit uns und unseren Leistungen zufrieden sind, würden wir uns freuen, wenn Sie uns eine positive Bewertung auf www.klinikbewertungen.de hinterlassen.

Sollten Sie nicht zufrieden sein, nehmen Sie bitte Kontakt zu unserem Patientenzufriedenheitsmanagement auf, per Telefon 02041/106-3015 oder 02041/106-3016 oder per Email an: qm@mhb-bottrop.de

