

Ihre Meinung ist uns wichtig!

**Beispielkrankenhaus
Brustzentrum Standard**

LOGO

Station B1

Sehr geehrte Patientinnen,

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patientinnen durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

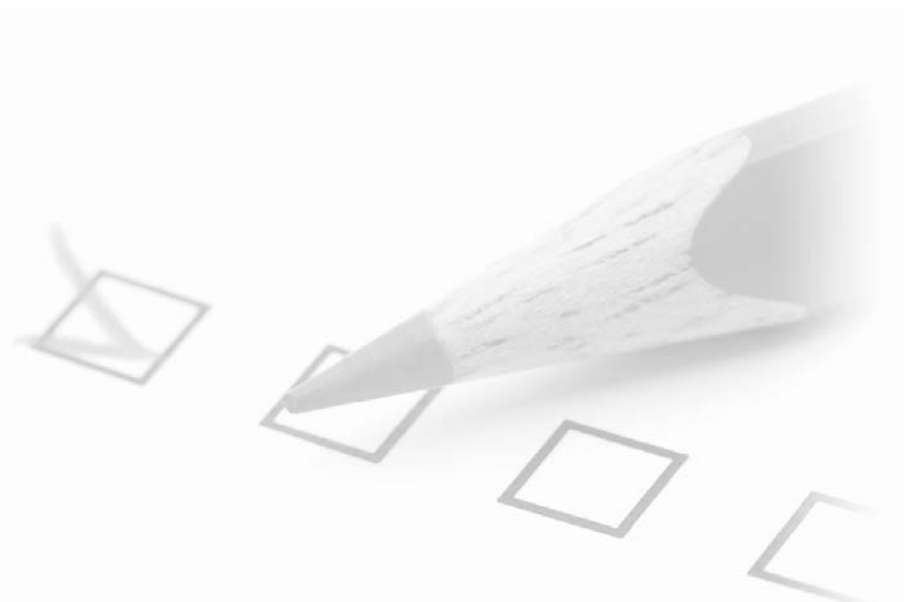
Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in die vorbereitete Sammelbox zu stecken.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patientinnen kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!

Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank !



Erstklassig
Sehr gut
Akzeptabel
Gut
Schlecht

Pflege		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1.	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das (Pflege-) Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Unterstützung durch das (Pflege-) Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Auskünfte des (Pflege-) Personals über die Abläufe in dieser Einrichtung sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Freundlichkeit des (Pflege-) Personals ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das (Pflege-) Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
6.	Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite / des Arztgesprächs ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die persönliche Begleitung durch das (Pflege-) Personal während der Behandlung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufenthalt im Haus		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
12.	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, ...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Die hygienischen Verhältnisse sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Die Orientierungshilfen für meine neue Lebenssituation sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Die Hinweise auf weitere unterstützende Angebote (Selbsthilfegruppe, Sozialdienst, Hilfsmittel, ...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich werde diese Einrichtung weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Fragen		Immer	Oft	Selten	Nie
a)	Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Ich habe volles Vertrauen zum (Pflege-) Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Wenn Ärzte Fachbegriffe verwenden, erklären sie mir diese ohne Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. <input type="text"/> Minuten warten.				

Zu folgenden Themen habe ich hier in der Einrichtung einen fachkundigen Ansprechpartner:		Ja	Nein
f)	Familiäre Auswirkungen (Konflikte, Belastbarkeit, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Auswirkungen der Behandlung auf die eigene Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Veränderung des Aussehens durch die Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Veränderungen in der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	Berufliche Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:		Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig
I.	Die Qualität des Essens ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.	Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.	Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Fachkundige Ansprechpartner zu haben ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Wie kamen Sie in diese Einrichtung?

Mehrfachantworten sind möglich

<input type="checkbox"/> Auf Empfehlung des Arztes	<input type="checkbox"/> Auf persönlichen Wunsch
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

C. Fragen zur Person

Jahre

Wenn Sie an das Zentrum denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben.

Wenn Sie an das Zentrum denken, was schätzen Sie am meisten?

D. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

Erstklassig	Sehr gut	Gut	Akzeptabel	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!