

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus Standard mit PaRiS-Modul

Logo

Station 10

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Grüne Schrift = PaRiS-Modul
Gelb hinterlegt = Fragen zur Sicherheit im Standardbogen auch enthalten

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre offene Meinung ist uns wichtig und 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 Patienten 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!

¹Bei Personenbezeichnungen wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind dabei immer Frauen und Männer gemeint.

Das Beste, was
ich je erlebt habe

Sehr gut

Akzeptabel

Gut

Schlecht

Ankunft im Haus

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ... | <input type="checkbox"/> |

Pflege

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die Auskünfte des Pflegepersonals der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ... | <input type="checkbox"/> |
| 8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ... | <input type="checkbox"/> |

Ärzte

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 14. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ... | <input type="checkbox"/> |
| 15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ... | <input type="checkbox"/> |

Weitere Bereiche

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ... | <input type="checkbox"/> |
| 17. Meine Erfahrungen mit der Krankengymnastik sind ... | <input type="checkbox"/> |
| 18. Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ... | <input type="checkbox"/> |
| 19. Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ... | <input type="checkbox"/> |

Das Beste, was
ich je erlebt habe

Sehr gut

Akzeptabel

Gut

Schlecht

Aufenthalt und Entlassung						
20.	Die Art und Weise, wie hier für meine Sicherheit gesorgt wird, ist ...	<input type="checkbox"/>				
21.	Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...	<input type="checkbox"/>				
22.	Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>				
23.	Die hygienischen Verhältnisse sind ...	<input type="checkbox"/>				
24.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...	<input type="checkbox"/>				
25.	Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>				
26.	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	<input type="checkbox"/>				
27.	Die Aufklärung über mögliche Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...	<input type="checkbox"/>				

Gesamturteil						
28.	Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt hier gemacht habe, ist ...	<input type="checkbox"/>				
29.	Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>				

Vertrauen und Selbstbestimmung		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)	Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Die Ärzte sind gesprächsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Das Pflegepersonal ist da, wenn ich es brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	Die Informationen der Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Erkrankung sind widerspruchsfrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	Ich habe beim Pflegepersonal das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Sicherheitsthemen		Immer	Oft	Selten	Nie
l)	Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Ich habe bei den Ärzten das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	Ich weiß, welche Medikamente ich bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)	Ich bin über die Nebenwirkungen meiner Medikamente informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p)	Bevor ich berührt werde, desinfiziert sich die mich behandelnde Person die Hände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q)	Wenn ich mich unsicher auf den Beinen fühle, sind Gehhilfen, Haltegriffe oder Rollstühle in erreichbarer Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)	Bei Untersuchungen (EKG, Röntgen, ...) werde ich erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)	Vor einer Untersuchung durch eine mir fremde Person werde ich nach meinem Namen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t)	Das Personal stellt sich mit Namen und Funktion vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Themen		Teilweise Ja	Nein
u)	Ich kenne den Namen des Arztes, der mich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v)	Während der Wartezeit ist immer Klinikpersonal für meine Belange erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w)	Das Personal, das mich transportiert, fragt mich nach meinem Namen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x)	Ich habe den Eindruck, dass durch das Krankenhaus zusätzliche Gesundheitsbeschwerden entstanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche: _____		
y)	Ich bekomme nur die Nahrungsmittel, die ich aufgrund meiner Erkrankung / Situation essen darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z)	Ich hatte während meines Aufenthaltes Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa)	Ich bin im Krankenhaus gestürzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb)	Ich will über die Risiken meiner Behandlung vollständig aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc)	Das gesamte Behandlungsteam ist über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd)	Auch andere Bereiche (EKG, Röntgen,...) sind über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ee) Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca.

Minuten warten.

Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie die Situation erlebt haben.

Spritzen und Infusionen	Teilweise Ja	Nein
ff) Bevor ich eine Spritze oder eine Infusion		
1) ... von einer mir fremden Person bekomme, werde ich nach meinem Namen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ... bekomme, wird mir erklärt welche Medikamente ich bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ... bekomme, werde ich auf mögliche Nebenwirkungen hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Operation	Teilweise Ja	Nein
gg) Meine Fragen zur Operation wurden geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hh) Mir wurden Behandlungsalternativen vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) Der operierende Arzt hat den betroffenen Bereich gekennzeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jj) Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, bevor ich mein schriftliches Einverständnis zur Operation gab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kk) Vor meiner Operation erklärte der Anästhesist mir, welche Narkosearten für mich infrage kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ll) Nach meiner Rückkehr aus dem OP erhielt ich Sicherheitshinweise bezüglich meines Verhaltens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mm) Nach meiner Operation kam der Anästhesist und fragte mich nach meinen Erfahrungen mit der Narkose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nn) Ich wurde informiert, wie ich das Risiko einer Entzündung der Wunde verringern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie an diesen Krankenhausaufenthalt denken, wo haben Sie eine Situation der Unsicherheit erlebt?

Bitte deutlich schreiben.

Einer der wichtigsten
Aspekte überhaupt
Sehr wichtig
Eher wichtig
Eher unwichtig

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Sie:

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 Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.	Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.	Das Vertrauen in die Pflege ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Das Vertrauen in die Ärzte ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI.	Die Informationen zu meinen Medikamenten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII.	Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII.	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIV.	Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XV.	Der Schutz vor Verwechslungen ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVI.	Die Information über Spritzen oder Infusionen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVII.	Die Betreuung vor, während und nach der OP ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVIII.	Das Gefühl in sicheren Händen zu sein, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIX.	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Verweildauer

Ich bin jetzt seit Tagen im Krankenhaus.

B. 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"/>

C. Ich kam ins Krankenhaus ...

Mehrfachantworten sind möglich

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

D. Alter & Geschlecht

Jahre Weiblich Männlich

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben.

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was schätzen Sie am meisten?

Station 10 10000 101 401

E. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

Das Beste, was ich je erlebt habe	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!