

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben einen Vorschlag zur Verbesserung oder etwas ist nicht so gut gelaufen, wie Sie es sich gewünscht hätten?

Helfen Sie uns, um mögliche Schwachstellen und Probleme zu erkennen. Selbstverständlich ist auch Kritik ausdrücklich gewünscht. Schließlich wollen wir allen Patienten eine bestmögliche Versorgung bieten.

**Daher ist uns Ihre Meinung sehr wichtig!**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen kurz vor Ihrer Entlassung aus und werfen ihn in den Briefkasten des Patientenfürsprechers im Erdgeschoss zwischen Cafeteria und der Bibliothek. Ihre Daten werden **anonym** ausgewertet und selbstverständlich streng **vertraulich** behandelt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## 12 Fragen

Wie zufrieden waren Sie? - Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. - ( 1 bedeutet die beste und 6 die schlechteste Bewertung)

### 1. Wie zufrieden waren Sie mit der Aufnahme (Wartezeit, Freundlichkeit)?

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

### 2. Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Behandlung?

Ja, sehr     1     2     3     4     5     6    überhaupt nicht

### 3. Wie hilfreich waren Ihre Gespräche mit den behandelnden Ärzten?

Sehr hilfreich     1     2     3     4     5     6    wenig hilfreich

### 4. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung ein?

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

### 5. Wie beurteilen Sie den Umgang (Freundlichkeit, Aufmerksamkeit) der Pflegekräfte?

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

### 6. Mussten Sie während Ihres Aufenthaltes häufig warten?

Nein, niemals     1     2     3     4     5     6    ja, sehr oft

### 7. Entsprach die Essensversorgung Ihren Bedürfnissen?

Ja, sehr     1     2     3     4     5     6    überhaupt nicht

bitte wenden... 

**8. Wie beurteilen Sie den Geschmack der Mahlzeiten?**

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

**9. Wie beurteilen Sie die Ausstattung Ihres Zimmers?**

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

**10. Wie beurteilen Sie die allgemeine Sauberkeit?**

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

**11. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Sanitäranlagen?**

Sehr gut     1     2     3     4     5     6    sehr schlecht

**12. Würden Sie unser Haus Ihren Freunden und Bekannten weiter empfehlen?**

bestimmt     wahrscheinlich     wahrscheinlich nicht     bestimmt nicht

---

**Wenn Sie Schäden oder Mängel in Ihrem Zimmer festgestellt haben, können Sie uns das hier mitteilen.**

.....  
.....Zimmer-Nr.: .....

In welcher Fachabteilung / Station wurden Sie behandelt? – Station:.....

Wie alt sind Sie? ..... Jahre    Ihr Geschlecht:     weiblich     männlich

**Haben Sie Anregungen, Kritik oder auch Lob, so können Sie uns das hier mitteilen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Falls Sie eine Antwort unsererseits wünschen, geben Sie hier bitte Ihre Anschrift an:**

Name: .....

Anschrift:..... Tel.-Nr. ....

*Gerne können Sie sich mit Ihren Anliegen und Beschwerden auch an den **unabhängigen Patientenfürsprecher** unseres Hauses wenden. Wie Sie ihn erreichen, erfahren Sie von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder den GRÜNEN DAMEN.  
Alle Ihre Anliegen werden selbstverständlich **vertraulich** behandelt!*