

Liebe Patientin und lieber Patient, liebe Angehörige,

an Ihrer ehrlichen und offenen Meinung sind wir sehr interessiert. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen, bevor Sie unser Haus verlassen. Sie können den Fragebogen in die Briefkästen am Pflegestützpunkt auf Station oder in den Briefkasten am Haupteingang einwerfen.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses Hedwigshöhe

1. Allgemeine Angaben

1.1. Ich bin	<input type="checkbox"/> eine Frau	<input type="checkbox"/> ein Mann			
1.2. Mein Alter	<input type="checkbox"/> unter 25 J.	<input type="checkbox"/> 25-49 J.	<input type="checkbox"/> 50-75 J.	<input type="checkbox"/> über 75 J.	
1.3. Zuletzt lag ich in der Fachabteilung	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Klinik für Kardiologie	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Allgemein- und Viszeralchirurgie	
<input type="checkbox"/> Endoprothetik	<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie/ Orthopädische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Geriatrie			
1.4. Auf der Station	<input type="checkbox"/> 21 / St. Anna	<input type="checkbox"/> 22 / St. Barbara	<input type="checkbox"/> 23 / St. Ursula	<input type="checkbox"/> 24 / St. Katharina	<input type="checkbox"/> 25 / St. Konrad
<input type="checkbox"/> 26 / St. Thomas	<input type="checkbox"/> 27 / St. Johannes	<input type="checkbox"/> 51 / St. Lukas	<input type="checkbox"/> 52 / St. Antonius	<input type="checkbox"/> 53 / St. Benedikt	
<input type="checkbox"/> 54 / St. Raphael	<input type="checkbox"/> 55 / St. Monika	<input type="checkbox"/> TK 43 / St. Helena	<input type="checkbox"/> 56 / St. Elisabeth	<input type="checkbox"/> 57 / St. Lucia	
<input type="checkbox"/> TK 44/St. Augustinus	<input type="checkbox"/> TK 45/Teresa v. Avila	<input type="checkbox"/> TK 46/ St. Nikolaus			
1.5. Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> unter einer Woche	<input type="checkbox"/> länger als eine Woche			
1.6. Sind Sie geplant oder notfallmäßig aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Notfall			

2. Aufnahme

2.1. Der Ablauf der Aufnahme war...	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe
2.2. Die Freundlichkeit der Mitarbeiter bei der Aufnahme war...	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe
2.3. Die Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit der Fragen und Informationen bei der Aufnahme war...	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe

3. Ärztliche Betreuung während Ihres Aufenthalts

3.1. Die medizinisch-fachliche Betreuung durch meine Ärzte und Psychologen war....	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe
3.2. Die menschliche Zuwendung (Freundlichkeit, Respekt, Zeit nehmen) meiner Ärzte und Psychologen war...	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe
3.3. Der Umgang der Ärzte und Psychologen mit meinen Angehörigen/Begleitpersonen war...	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> keine Angabe



Patientenbefragung

3.4. Die Informationen* durch meine Ärzte und Psychologen war..	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

*Über meine Erkrankung/Aufklärung vor Operationen/Untersuchungen/weiterer Behandlungsablauf/Verhalten nach Entlassung

3.5. Die Berücksichtigung meiner Wünsche und Bedenken durch meine Ärzte und Psychologen war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

4. Pflegerische Betreuung während Ihres Aufenthalts

4.1. Die Betreuung durch meine Pflegekräfte war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

4.2. Die menschliche Zuwendung ((Freundlichkeit, Respekt, Zeit nehmen) meiner Pflegekräfte war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

4.3. Die Informationen (Stationsablauf, pfleg. Maßnahmen) durch meine Pflegekräfte war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

4.4. Der Umgang der Pflegekräfte mit meinen Angehörigen/Begleitpersonen war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

4.5. Die Berücksichtigung meiner Wünsche und Bedenken durch meine Pflegekräfte war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5. Sonstige Betreuung während Ihres Aufenthalts

5.1. Der Schutz meiner Intimsphäre war....	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.2. Wenn unzureichend, bitte Ort und Situation hier eintragen:

5.3. Die Erreichbarkeit der Seelsorge war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

Ihr Eindruck (Freundlichkeit, Kompetenz, Anteilnahme etc.) von den Mitarbeiter der....

5.4. des OPs	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.5. des Röntgens	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.6. der Notaufnahme	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.7. der Aufnahme durch die Verwaltung	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.8. der Seelsorge	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

5.9. des Sozialdienstes	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--



Patientenbefragung

5.10. der Menüassistenz (Stationsküche)	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
5.11. der Funktionsdiagnostik	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
5.12. der Physiotherapie	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
5.13. der Ergotherapie	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>

6. Rahmenbedingungen während Ihres Aufenthalts

6.1. Die Wartezeiten vor Untersuchungen, Eingriffen, Therapien etc. waren....	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

6.2. Wenn unzureichend, bitte Ort und Situation hier eintragen:

6.3. Die Orientierung im Haus (Beschilderung) war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
6.4. Der Tagesablauf (Weck-, Essens-, Visitenzeiten war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
6.5. Das Essen war...	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>

7. Sicherheit und Hygiene

7.1. Hatten Sie die Möglichkeit, sich selbst die Hände zu desinfizieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2. Hatten Sie den Eindruck, dass sich die Mitarbeiter die Hände desinfiziert haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.3. Wurden Sanitärbereich und Patientenzimmer regelmäßig gereinigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.4. Hatten Sie den Eindruck, dass Mitarbeiter mit kritischen Situationen angemessen und professionell umgehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.5. Gab es im Haus/auf der Station ausreichend Rückzugsmöglichkeiten für Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.6. Fühlten Sie sich als Patient sicher und gut behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8. Entlassung und Gesamteindruck

8.1. Die Organisation Ihrer Entlassung (Ankündigung, Hilfsmittel, Unterstützung Anschlussheilbehandlungen) war....	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	akzeptabel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

8.2. Wenn unzureichend, bitte hier eintragen:



