

## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

### Ihre Meinung ist uns wichtig...

Um unseren Qualitätsstandard zu halten und weiter zu verbessern sind wir auf die Einschätzungen unserer Patienten angewiesen. Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn auch Sie uns helfen, mögliche Schwächen schneller erkennen und entsprechend lösen zu können. Natürlich freuen wir uns auch über Lob und positive Rückmeldungen!

Deshalb möchten wir Sie herzlich bitten, diesen Fragebogen ausgefüllt in die vorgesehenen Briefkästen einzuwerfen oder einem unserer Mitarbeiter auf Station oder der Pforte zu übergeben.

Vielen Dank im Voraus

Ihre Kreisklinik Wasserburg

### 1. In welcher Fachrichtung wurden Sie versorgt?

Innere Medizin       Chirurgie       Geburtshilfe/Gyn       HNO   
Orthopädie

### 2. Auf welcher Station wurden Sie versorgt?

Station:    M2     M3     Gyn/Geb     C1     C2     Intensivstation

### 3. Wie viele Tage waren Sie bei uns im Krankenhaus? \_\_\_\_\_ Tage

### 4. Durch wen wurden Sie auf unser Krankenhaus aufmerksam?

Bekannte       Verwandte       selbst schon Patient gewesen   
Internet       Hausarzt       andere .....

## 5. Beurteilung der Betreuung und Behandlung durch unsere Mitarbeiter

Wenn Sie einzelne Leistungen nicht beurteilen können, weil Sie damit keine Erfahrungen gemacht haben, lassen Sie die jeweilige Frage einfach aus.

### Wie beurteilen Sie .....

	sehr gut	gut	befrie- digend	aus- reichend	mangel- haft	unge- nügend
die <b>medizinische / pflegerische Aufnahme</b> in der Kreisklinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Erreichbarkeit der Ärzte?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Zeit der Ärzte für den Patienten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Information der Ärzte</b> über Ihre <b>Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Freundlichkeit der Ärzte?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>ärztliche Betreuung</b> insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Erreichbarkeit des Pflegepersonals?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Zeit des Pflegepersonals für</b> <b>den Patienten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Freundlichkeit des Pflegepersonals?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Betreuung durch das Pflegepersonal</b> insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Behandlung in anderen Abteilungen?</b>	<u>( soweit zutreffend )</u>					
<b>Anästhesie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neugeborenzimmer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Endoskopie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chirurgische Ambulanz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Röntgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EKG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Krankengymnastik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sozialdienst</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wie beurteilen Sie den Service der Kreisklinik?**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
die <b>Freundlichkeit der Mitarbeiter</b> in der <b>Verwaltung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Information über die <b>Wahlleistungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Sauberkeit</b> der Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den <b>Zeitpunkt</b> der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den <b>Geschmack</b> der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Abwechslung</b> der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die <b>Größe der Portionen</b> der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie beurteilen Sie die Einrichtung und Ausstattung**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
hinsichtlich der <b>Orientierung</b> in der Kreisklinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der <b>Patientenzimmer</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der <b>sanitären Einrichtungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der <b>Klinik insgesamt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie beurteilen Sie insgesamt die Atmosphäre in unserer Klinik?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**9. Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem Aufenthalt in der Kreisklinik Wasserburg?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**10. Was hat Ihnen alles gefallen, was fanden Sie an Ihrem Aufenthalt gut?**

---

---

---

---

**11. Was fanden Sie nicht so gut, was könnte man Ihrer Meinung nach noch verbessern?**

---

---

---

---

**12. Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?**

Ja

Nein

---

**die Angaben von persönlichen Daten**

sind natürlich freiwillig, erhöhen jedoch den Wert dieses Fragebogens erheblich. Wir versichern Ihnen, dass wir mit Ihren Angaben entsprechend des Datenschutzgesetzes des Landes Bayern vertraulich umgehen werden.

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

weiblich

männlich

---

**Nochmals vielen Dank, dass Sie uns durch Ihre Mithilfe die Möglichkeit gegeben haben, die Qualität in unserem Krankenhaus aus Sicht unserer Patienten beurteilen zu können. Hieraus werden für uns Verbesserungen erkennbar, die dazu beitragen, unseren Qualitätsstandard kontinuierlich zu verbessern.**

**Ihre Kreisklinik Bad Aibling**