

**Qualität** ist kein Zufallsprodukt, sondern immer die Summe hoher Anforderungen, intensiver Bemühungen, durchdachter Vorgehensweise und deren konsequenter Umsetzung.

Darum ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Sie soll helfen, unser Krankenhaus optimal auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Deshalb beantworten Sie bitte die folgenden Fragen offen und spontan.

- Die Benotung:
- ☺ 1 = sehr gut / trifft voll zu
  - ☺ 2 = gut / trifft meist zu
  - ☺ 3 = zufriedenstellend / akzeptabel
  - ☺ 4 = ausreichend / gerade noch zu akzeptieren
  - ☹ 5 = mangelhaft / nein

Kreuzen Sie bitte das nach Ihrer Beurteilung zutreffende an. Eine Begründung oder Erläuterung würde uns natürlich die Umsetzung erleichtern.

### Patientenbefragung:

**1.)**

**Ihre Aufnahme / Einlieferung:**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Wie zufrieden waren Sie mit der medizinisch/pflegerischen Aufnahme?						
Wie zufrieden waren Sie mit der verwaltungstechnischen Aufnahme?						
Falls zutreffend: Hat die Überleitung durch Ihren Hausarzt gut funktioniert?						
Wie haben sich die Ärzte Ihrer angenommen?						
Konnte ein eventuell vereinbarter Termin pünktlich eingehalten werden?						
Falls nein, wurde die Verspätung begründet?						
Begründung/Erläuterung:						

Weiter auf der nächsten Seite!

**2.)**

**Ihre Betreuung / Behandlung durch die Ärzte:**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Haben sich die Ärzte namentlich vorgestellt?						
Hatte der Arzt ein lesbare Namensschild?						
Wie war Ihr Eindruck vom fachlichen Können der Ärzte?						
Wurden Sie von den Ärzten freundlich und respektvoll behandelt?						
Wurden Ihnen mögliche Alternativen zur empfohlenen Behandlung aufgezeigt?						
Hat man Ihre Fragen und Ängste ernst genommen?						
Wurden Sie ausreichend über die in Frage kommenden Narkoseverfahren (Anästhesie) aufgeklärt?						
Wie gut waren die Informationen bei den Visiten?						
Begründung/Erläuterung:						

**3.)**

**Ihre Betreuung durch das Pflegepersonal:**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Haben sich die Pflegekräfte namentlich vorgestellt?						
Hatten die Pflegekräfte ein lesbare Namensschild?						
Wie war Ihr Eindruck vom fachlichen Können des Pflegepersonals?						
Wurden Sie vom Pflegepersonal freundlich und respektvoll behandelt?						
Hat das Pflegepersonal Ihre Wünsche und Bedürfnisse respektiert?						
Wie gut empfanden Sie die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal?						
Begründung/Erläuterung:						

Vielen Dank, dass Sie bis jetzt so fleißig waren!

**4.)****Ihr Eindruck von den Räumlichkeiten**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Bitte beurteilen Sie Ihr Krankenzimmer						
Bitte beurteilen Sie Ihr Krankenbett						
Waren Sie mit der Sauberkeit zufrieden?						
Begründung/Erläuterung:						

**5.)****Ihr Bedürfnis nach Ruhe**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Wie zufrieden waren Sie mit den Besuchszeiten?						
Hatten Sie tagsüber genügend Ruhe?						
Hatten Sie nachts genügend Ruhe?						
Begründung/Erläuterung:						

**6.)****Ihre Zufriedenheit mit der Verpflegung:**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Wie zufrieden waren Sie mit den Auswahlmöglichkeiten?						
Wie schmeckte Ihnen das Essen?						
Waren die Portionen angemessen?						
Wurden immer die bestellten Speisen geliefert?						
Begründung/Erläuterung:						

**7.)****Ihre Entlassung:**

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Wurden Sie rechtzeitig und ausreichend auf Ihre Entlassung vorbereitet?						
Hat der Arzt Sie darüber informiert, was Sie zur Gesundheit beitragen können?						
Begründung/Erläuterung:						

Gleich haben Sie es geschafft!

**8.)**

**Ihre Schlussbewertung:**

	Ja ☺	Nein ☹	Weiß nicht
Werden Sie im Bedarfsfall wiederkommen?			
Werden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?			
Ihre Begründung:			

	1 ☺	2 ☺	3 ☺	4 ☺	5 ☹	Weiß nicht
Ihre abschließende Bewertung unseres Krankenhauses						

Für Mitteilungen, Anregungen, Tadel, auch Lob an uns können Sie die Rückseite des Fragebogens benutzen. Vielen Dank.

**Allgemein:**

Ich war ..... Tage im Hause und lag auf Station .....

Ich bin männlich / weiblich und .....Jahre alt

**Freiwillige Angaben:**

Name:.....

Wohnort:.....Telefon:.....

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen!

Bitte senden Sie den Fragebogen an die untenstehende Adresse zurück oder geben Sie ihn bei uns im Haus ab.

**Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH**  
**Patientenfürsprecher – persönlich**  
**Albert-Schweitzer-Straße 10 – 20**  
**64711 Erbach**