





ANONYMER FRAGEBOGEN

Wie haben Sie Ihren Aufenthalt empfunden?

Das Personal des Krankenhauses bittet Sie um die Beantwortung folgender Fragen.
Dieser Fragebogen wird uns über Ihre Zufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes informieren.
Ihre Antworten, Vorschläge und Anmerkungen werden uns helfen, die Qualität unseres Hauses zu verbessern.

Für Ihre Bemühung vielen Dank im voraus










DIE AUFNAHME

	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft
 Wie war die telefonische Kontaktaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Wie war der Empfang im Aufnahmebüro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Falls Sie über die Notaufnahme zu uns gekommen sind, wie war der Empfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Wie war der Empfang auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren die Wartezeiten akzeptabel?			ja	nein
Haben Sie, falls Sie es wünschten, ein Einzelzimmer erhalten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen - Vorschläge :

.....






DIE BEHANDLUNGSQUALITÄT

 Hatten Sie Vertrauen in die medizinische Behandlung, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Operationen?			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Hatten Sie Vertrauen in die pflegerische Behandlung?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 War das pflegerische Personal freundlich zu Ihrer Familie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Hat man Ihnen genügend Respekt und Aufmerksamkeit entgegengebracht?	immer	oft	manchmal	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Stand das pflegerische Personal Ihnen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Standen Ihnen die Ärzte zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Wurden Ihre Schmerzen ernst genommen				
Von ärztlicher Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von pflegerischer Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Wurden die Schmerzen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Sind die Schmerzen gelindert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen - Vorschläge :

.....

WIE WAREN DIE INFORMATIONEN ?

	klar	genügend	nicht vorhanden	unverständlich
 Über den Ablauf des stationären Aufenthaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Über die verschiedenen Untersuchungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Über die Diagnostik und den Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Über die Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Über die Entlassung nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von wem hatten Sie entsprechende Informationen erhalten			ja	nein
Von den Ärzten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vom Pflegepersonal?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen - Vorschläge :

.....

DAS AMBIENTE

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | sehr gut | gut | ausreichend | mangelhaft |
| ➤ Wie war die Einrichtung Ihres Zimmers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Wie war die Reinigung des Zimmers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ja | nein |
| 🕊️ Kommen Ihnen die Besuchszeiten entgegen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 🕊️ Haben Sie unser Krankenhaus als ruhig empfunden? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 🕊️ Hat das Krankenhauspersonal eine korrekte Bekleidung? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IHRE MAHLZEITEN

- | | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | reichlich | ausreichend | mittelmäßig | ungenügend |
| 🎯 Mengen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sehr gut | gut | mittelmäßig | ungenügend |
| 🎯 Qualität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 🎯 Wie war die Präsentation Ihrer Mahlzeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ja | nein |
| 🎯 Waren die Mahlzeiten abwechslungsreich? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 🎯 Haben Sie eine Diät erhalten? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen – Vorschläge :

.....
.....

Wie hat Ihnen unsere Station insgesamt gefallen? **sehr gut** **gut** **mittelmäßig** **ungenügend**

Im Fall einer erneuten stationären Behandlung, würden Sie wieder zu uns kommen
Warum? **ja** **nein**

.....
.....

Warum haben Sie das Krankenhaus von Wissembourg ausgewählt? ankreuzen

Sie können mehrere Antworten

- ✘ Ihr behandelnder Arzt hat es Ihnen empfohlen
- ✘ Das Krankenhaus hat einen guten Ruf
- ✘ Sie wohnen im Einzugsgebiet
- ✘ Sie waren auf Grund einer vorangegangenen Behandlung zufrieden
- ✘ Eine Person Ihres Vertrauens hat es Ihnen empfohlen
- ✘ Andere Gründe.....

Haben Sie zusätzliche Anmerkungen?

Mann **Frau** **Alter :**

In welcher Abteilung wurden Sie behandelt? :

Wie viele Tage lagen Sie bei uns?

Weniger als 24 Stunden 2 bis 5 Tage 6 bis 15 Tage Mehr als 15 Tage

Wir bitten Sie diesen Fragebogen in den entsprechenden Kasten zu werfen.

