

XXX

Die Klinik im Urteil der Patientinnen und Patienten

Anonyme Patientenbefragung zur Verbesserung der Qualität

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie sind in unserer Rehabilitationseinrichtung zur Behandlung und haben unser Haus, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unsere Leistungen kennen gelernt. An Ihren Eindrücken und Erfahrungen zum Aufenthalt sind wir nun sehr interessiert, da wir die Qualität unserer Versorgung stetig weiter verbessern wollen.

Ihre Angaben werden anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen benötigen, steht Ihnen unser Pflegepersonal gerne zur Verfügung.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen spätestens am Tag Ihrer Abreise beim Pflegepersonal oder an der Rezeption ab.

Wir bedanken uns, dass Sie sich einige Minuten Zeit nehmen und wünschen Ihnen weiterhin einen angenehmen Aufenthalt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Klinikleitung

Ausfüllhinweise

Sie erhalten zu den meisten Fragen zwei beschreibende Wörter und dazwischen fünf Felder zum Ankreuzen. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Feld an, nämlich jenes, welches Ihrer persönlichen Einschätzung am besten entspricht!

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, dann machen Sie bitte in der Spalte „keine Antwort“ ein Kreuz.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!



richtig



falsch

Denken Sie bitte an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit den Ärzten zu tun hatten.		keine Antwort
Wie beurteilen Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie durch die Ärzte gut informiert?	ja, sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie war der persönliche Umgang der Ärzte mit Ihnen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Abstimmung der Therapie-/Rehabilitationsziele mit Ihnen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Zusammenstellung des vereinbarten Therapieplans im Hinblick auf die mit Ihnen abgestimmten Therapie-/Rehabilitationsziele?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit den Therapeuten zu tun hatten.		keine Antwort
Wie beurteilen Sie die medizinische/therapeutische Betreuung durch die Therapeuten?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie durch die Therapeuten gut informiert?	ja, sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie war der persönliche Umgang der Therapeuten mit Ihnen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit dem Pflegepersonal zu tun hatten.		keine Antwort
Wie beurteilen Sie die fachliche Betreuung durch das Pflegepersonal?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie durch das Pflegepersonal gut informiert?	ja, sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie war der persönliche Umgang des Pflegepersonals mit Ihnen?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Bewerten Sie bitte im Folgenden die Verpflegung und Unterbringung.		keine Antwort
Waren Sie mit dem Essen zufrieden?	ja, absolut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Abwechslung/Vielseitigkeit des Speisenangebotes?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie empfanden Sie die Sauberkeit in der Klinik allgemein?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie empfanden Sie die Unterbringung in der Klinik allgemein?	ausgezeichnet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Zimmer?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Als Nächstes möchten wir von Ihnen gerne wissen, wie gut die Organisation in der Klinik funktioniert hat und wie Sie die Behandlung/Therapie bewerten.		keine Antwort
War das Personal erreichbar, wenn Sie jemanden sprechen wollten?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit dem Therapieablauf zufrieden (Planung, Information, Umsetzung)?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit der Qualität der Behandlungen zufrieden?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Anzahl der Behandlungen?	<input type="checkbox"/> zu viel <input type="checkbox"/> zu wenig <input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit Schulungen, Seminaren und Vorträgen zufrieden (Inhalt, Nutzen)?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Anzahl der Schulungen, Seminare und Vorträge?	<input type="checkbox"/> zu viel <input type="checkbox"/> zu wenig <input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie auf die Entlassung umfassend vorbereitet?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an Ihren Aufenthalt bei uns insgesamt.		keine Antwort
Wie beurteilen Sie die Freizeitangebote, die die Klinik organisiert hat?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wurde auf Ihre Anregungen/Beschwerden während Ihres Aufenthaltes zufriedenstellend reagiert?	ja, immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich während des ganzen Aufenthaltes in „sicheren Händen“ gefühlt?	ja, immer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie den Behandlungserfolg ...		
... insgesamt?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
... bezogen auf Ihr körperliches Befinden?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
... bezogen auf Ihr seelisches Befinden?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
... bezogen auf Ihre allgemeine Leistungsfähigkeit?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
... bezogen auf Ihr allgemeines Wohlbefinden?	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
Wissen Sie durch die Informationen und Verhaltensempfehlungen, die Sie bei uns erhalten haben, wie Sie Ihre Krankheit positiv beeinflussen können?	ja, absolut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
War unser Haus für Ihren Rehabilitationsanlass die richtige Klinik?	ja, absolut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
Würden Sie die Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	ja, absolut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein, gar nicht	<input type="checkbox"/>
In welchem Fachbereich wurden Sie behandelt?	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Art der Maßnahme	<input type="checkbox"/> Heilverfahren (HV) <input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung (AHB)	

Angaben zu Ihrer Person und der Klinikwahl:

keine
Antwort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Bitte nur eine Nennung!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> War schon einmal hier | <input type="checkbox"/> Empfehlung des behandelnden Arztes |
| <input type="checkbox"/> Internetrecherche | <input type="checkbox"/> Empfehlung des vorbehandelnden Krankenhauses |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Angehörige/Bekannte | <input type="checkbox"/> Empfehlung der Krankenkasse/Rentenversicherung |

Was war der ausschlaggebende Grund für die Auswahl unserer Klinik? (Bitte nur eine Nennung!)

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruf der Klinik | <input type="checkbox"/> Räumliche Nähe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Qualität der Klinik | <input type="checkbox"/> Focus-Klinikliste | |

Hatten Sie sich selbst für unser Haus entschieden?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Geschlecht:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

Alter in Jahren:

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 17 | <input type="checkbox"/> 18-40 | <input type="checkbox"/> 41-60 | <input type="checkbox"/> 61-80 | <input type="checkbox"/> über 80 |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Muttersprache:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Andere: |
|----------------------------------|----------------------------------|

Wie sind Sie versichert?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> gesetzlich mit Zusatzversicherung |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt oder beabsichtigen Sie einen zu stellen?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bitte teilen Sie uns mit, was Ihnen besonders gefallen hat.

Bitte teilen Sie uns mit, was wir Ihrer Ansicht nach verbessern können.

Datum der Ausfüllung des Fragebogens:

Wenn Sie möchten, tragen Sie bitte hier Ihren Namen ein, damit wir gegebenenfalls auf Sie zukommen können.
Diese Angabe ist selbstverständlich freiwillig.

Name:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!