



IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

NEUROONKOLOGISCHES ZENTRUM

1. Wie viele Ihrer Patienten mit entsprechender Indikation überweisen Sie in etwa an das Zentrum?

Ca. %

2. Sehen Sie ein Potential, mehr Patienten in das Zentrum einzuweisen?

ja nein

Bitte nennen Sie uns Gründe, warum Sie manche Patienten nicht in unser Zentrum einweisen

Bitte nennen Sie Ihre Voraussetzungen, um künftig mehr Patienten in unser Zentrum einzuweisen

3. Bitte beurteilen Sie das Zentrum anhand der folgenden Kriterien

| | sehr gut | | | | sehr schlecht |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fachliches Renommee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlungsergebnisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Therapeutisches Spektrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation mit dem Zentrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenzufriedenheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Insbesondere bei einer schlechteren Beurteilung bitten wir Sie hier um eine kurze Erläuterung

4. Wie zufrieden sind Sie mit den Behandlungsergebnissen im Einzelnen?

| | sehr gut | | | | sehr schlecht | Nicht zutreffend |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentöse Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strahlenklinik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interventionelle Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Insbesondere bei Unzufriedenheit bitten wir Sie hier um eine kurze Erläuterung

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite ►

5. Wie ist das Zentrum bezüglich Terminvergaben für Sie erreichbar?

sehr gut | | | | | | sehr schwierig

6. Wie beurteilen Sie die Wartezeiten für Ihre Patienten auf einen Termin?

| | sehr kurz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | viel zu lang |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zur ambulanten Erstvorstellung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur stationären Aufnahme _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur Operation _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur systemischen Therapie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Werden Sie bei Bedarf zügig mit dem behandelnden Arzt verbunden?

Ja, immer | | | | | | Nein, nie

8. Wie zufrieden sind Sie mit den Arztbriefen nach folgenden Kriterien?

| | sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr unzufrieden |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Informationsgehalt _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Therapeutische Empfehlungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenplan _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitliche Übermittlung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Wie zufrieden sind Sie mit dem Fortbildungsangebot über neue Therapie- und Behandlungsmethoden?

sehr zufrieden | | | | | | unzufrieden

Insbesondere bei Unzufriedenheit bitten wir Sie hier um eine kurze Erläuterung

.....

.....

.....

10. Wünschen Sie sich eine Einladung zu einem gemeinsamen Qualitätszirkel?

ja nein

11. Möglichkeit für weitere Anmerkungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge, z. B. hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Zentrum oder der Patientenversorgung:

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!