

FRAGEBOGEN ZUR PATIENTENSICHERHEIT

Ihre Meinung ist uns wichtig!

«KH»
«Station»

LOGO

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

uns liegt nicht nur Ihre schnelle Gesundung, sondern auch Ihre Sicherheit ganz besonders am Herzen. Wir führen deshalb eine Befragung zur Patientensicherheit¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre persönliche Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

***Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!
Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.***

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

¹ Bei Personenbezeichnungen wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind dabei immer Frauen und Männer gemeint.

Variante 1

Vertrauen in Ärzte und Pflege	<i>erstklassig</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
1. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Beantwortung meiner Fragen zur medikamentösen Behandlung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte	<i>immer</i>	<i>oft</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
a) Ich habe bei den Ärzten das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alle Ärzte sind freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Informationen der Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Erkrankung sind widerspruchsfrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente und Ausstattung	<i>teilweise ja</i>	<i>nein</i>
1. Ich bekomme die Medikation (Tabletten, Infusionen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) zur richtigen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in der richtigen Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die für mich bestimmt war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Variante 2

Vertrauen in Ärzte und Pflege	<i>erstklassig</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
6. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Beantwortung meiner Fragen zur medikamentösen Behandlung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte	<i>immer</i>	<i>oft</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
a) Ich habe bei den Ärzten das Gefühl, in sicheren Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alle Ärzte sind freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Informationen der Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Erkrankung sind widerspruchsfrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente und Ausstattung	<i>ja</i>	<i>teilweise</i>	<i>nein</i>
1. Ich bekomme die Medikation (Tabletten, Infusionen, ...)			
a) zur richtigen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in der richtigen Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die für mich bestimmt war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>