

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus Standard Elternversion

LOGO

Station 11

Liebe Eltern,

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie als Eltern befragen. Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Kind, das als Patient bei uns ist.

Fragebogenauszug
Copyright Forschungsgruppe Metrik

Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in die vorbereitete Sammelbox zu stecken.

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 !



ich je erlebt habe
 Das Beste, was
 Sehr gut
 Akzeptabel
 Gut
 Schlecht

Ankunft im Haus

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pflege

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die Wahrung der Intimsphäre meines Kindes durch das Personal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ärzte

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf der Krankheit meines Kindes ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogenauszug
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

Weitere Bereiche

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Gesamturteil

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Wir werden dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Weitere Fragen

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Wir haben volles Vertrauen zu den Ärzten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Die Ärzte sind gesprächsbereit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Bei Bedarf bekommt mein Kind rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Das Personal nimmt sich Zeit für mein Kind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Bis jemand erscheint, muss mein Kind nach dem Drücken der Klingel ca. <input type="text"/> Minuten warten. | | | | |

Immer
 Oft
 Selten
 Nie

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| o. Mein Kind kennt den Namen des Arztes, der es behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Mein Kind ist gut in der Lage, die Situation nach seinem Krankenhausaufenthalt zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teilweise
 Ja
 Nein

Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt
 Sehr wichtig
 Eher wichtig
 Eher unwichtig

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Sie:

II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Die pflegerische Betreuung ist uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die ärztliche Betreuung ist uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Seinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Wie kam Ihr Kind in dieses Krankenhaus?

Mehrfachantworten sind möglich

<input type="checkbox"/> Auf Empfehlung des Arztes	<input type="checkbox"/> Auf persönlichen Wunsch
<input type="checkbox"/> Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/> Sonstiges

D. Alter & Geschlecht Ihres Kindes

Jahre Weiblich Männlich

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben.

Fragebogenauszug
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was schätzen Sie am meisten?

Station 11 10000 121 401

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!