

# Ihre Meinung ist uns wichtig!

## Beispielambulanz Kinder

LOGO

Amb Kinder Innere

**Liebe Eltern,**

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten mit unserer Ambulanz durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie als Eltern befragen. Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf Ihr Kind,

### Fragebogenauszug

### Copyright Forschungsgruppe Metrik

Ihre offene Meinung ist uns wichtig und 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 den vorbereiteten Briefumschlag zu stecken und an die angegebene Adresse kostenfrei zu versenden.

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 !***

Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Ambulanz denken?		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1.	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Länge der Wartezeiten war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>Fragebogensauszug</b> <b>Copyright Forschungsgruppe Metrik</b>					
5.	Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Auskünfte des Pflegepersonals über die Abläufe in der Ambulanz waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die Zusammenarbeit des Teams in der Ambulanz war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Betreuung durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Ambulanz denken?		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
12.	Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Das Behandlungsergebnis war bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:		Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig
I.	Ein reibungsloser Ablauf der Behandlung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Der Gesamtzustand der Behandlungsräume und des Gebäudes ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Die Vorbereitung auf die Behandlung meines Kindes ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A. Aufenthalt**

Mein Kind hat in den letzten 6 Monaten ca.  Mal die Ambulanz aufgesucht.

**B. Seinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:**

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Schlecht

**C. Wie kamen Sie und Ihr Kind in diese Klinik / Praxis?***Mehrfachantworten sind möglich*

Durch Einweisung des Hausarztes

Auf persönlichen Wunsch

Durch Einweisung des Facharztes

Durch Einweisung des Notarztes

**Fragebogenauszug****Copyright Forschungsgruppe Metrik****Fragen zu Ihrem Kind**D. Mein Kind ist Privatpatient/-in:  Ja  NeinE.  Jahre  Weiblich  Männlich**Wenn Sie an die Ambulanz denken, was war Ihr größtes Ärgernis?**

Bitte deutlich schreiben.

**Wenn Sie an die Ambulanz denken, was schätzen Sie am meisten?**

Amb Kinder Innere 10000 365 401

**F. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?**

Erstklassig

Sehr gut

Gut

Akzeptabel

Schlecht

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**