

# Ihre Meinung ist uns wichtig!

## Beispielkrankenhaus Notfallambulanz Kinder

LOGO

### Notaufnahme Kinder

#### Liebe Eltern,

wir führen 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.

Ihre offene Meinung, **Copyright Forschungsgruppe Metrik** Vorschläge 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 !**

<b>Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Notaufnahme denken?</b>	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1. Die Betreuung meines Kindes durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Einfühlsamkeit, mit der mir und meinem Kind die Diagnosen mitgeteilt wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf der Krankheit meines Kindes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Umgang der Ärzte mit den Fragen meines Kindes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Fähigkeit des Arztes, meinem Kind zuzuhören war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Freundlichkeit des Arztes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fragebogenauszug</b> <b>Copyright Forschungsgruppe Metrik</b>					
7. Die Auskünfte des nichtärztlichen Personals über die Abläufe waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Freundlichkeit des nichtärztlichen Personals war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Weitere Fragen</b>	
a) Bis mein Kind Schmerzmittel bekam, musste es ca. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Minuten warten.	

<b>Weitere Fragen</b>	Teilweise Ja	Nein
b) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mein Kind bekam rechtzeitig Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mein Kind hatte volles Vertrauen zum nichtärztlichen Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es wird <u>mit</u> meinem Kind gesprochen, nicht <u>über</u> es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mein Kind fühlte sich jederzeit als Mensch wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Die Intimsphäre meines Kindes war jederzeit geschützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt  
 Sehr wichtig  
 Eher wichtig  
 Eher unwichtig

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:					
I.	Ein reibungsloser Ablauf der Behandlung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Der diskrete Umgang mit den persönlichen Daten meines Kindes ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Die sorgfältige Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung meines Kindes ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fragebogenauszug**  
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

**A. 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"/>

**B. Wie kam Ihr Kind in die Notaufnahme?**  
*Mehrfachantworten sind möglich*

<input type="checkbox"/> Durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/> Durch den Notarzt
<input type="checkbox"/> Durch den Rettungswagen (RTW)	<input type="checkbox"/> Sonstiges

**C. Mein Kind ist Privatpatient/-in:**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

**D. Alter & Geschlecht Ihres Kindes**

<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
---	-----------------------------------	-----------------------------------

**Wenn Sie an die Notaufnahme denken, was war Ihr größtes Ärgernis?**  
 Bitte deutlich schreiben.

---

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

---

Notaufnahme Kinder 10000 306 400

...

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**