

## Ihre Meinung ist uns wichtig!

**Beispielkrankenhaus  
Brustzentrum Standard**

LOGO

**Station B1**

**Sehr geehrte Patientinnen,**

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patientinnen durch. In diesem Zusammenhang

**Fragebogensauszug**

**Copyright Forschungsgruppe Metrik**

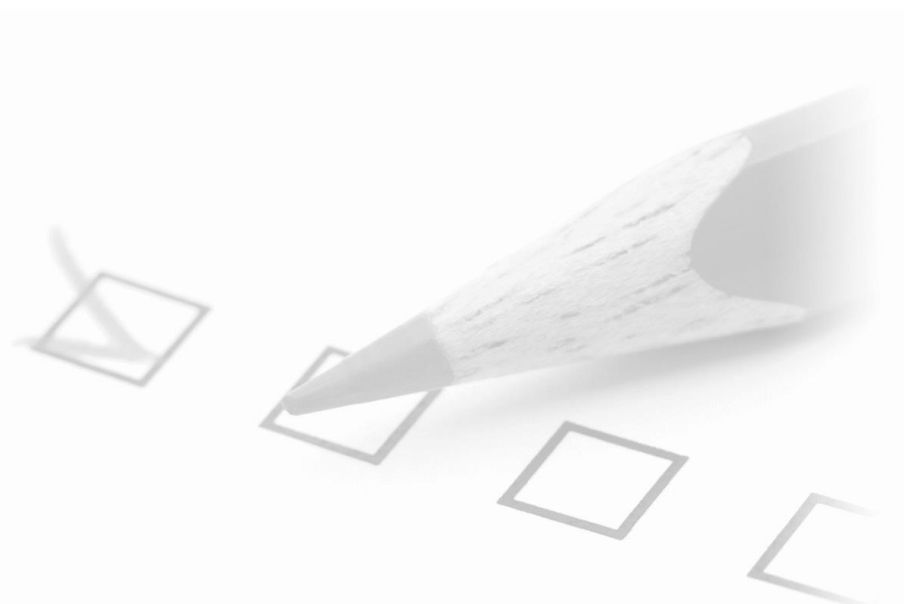
Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in die vorbereitete Sammelbox zu stecken.

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 Patientinnen 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 !**



Erstklassig  
Sehr gut  
Akzeptabel  
Gut  
Schlecht

| Pflege |  | Erstklassig              | Sehr gut                 | Akzeptabel               | Gut                      | Schlecht                 |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.     | Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das (Pflege-) Personal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.     | Die Unterstützung durch das (Pflege-) Personal ist ...                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.     | ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ärzte |  | Erstklassig              | Sehr gut                 | Akzeptabel               | Gut                      | Schlecht                 |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.    | Die persönliche Begleitung durch das (Pflege-) Personal während der Behandlung ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.    | Die Wirksamkeit, mit der meine Schme ist ...   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.    | ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogenauszug  
Copyright Forschungsgruppe Metrik

| Aufenthalt im Haus |  | Erstklassig              | Sehr gut                 | Akzeptabel               | Gut                      | Schlecht                 |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.                 | Die Orientierungshilfen für meine neue Lebenssituation sind ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.                | Die Hinweise auf weitere unterstützende Angebote (Selbsthilfegruppe, Sozialdienst, Hilfsmittel, ... ) sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.                | Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.                | ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Weitere Fragen |  | Immer                    | Oft                      | Selten                   | Nie                      |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)             | Ich habe volles Vertrauen zum (Pflege-) Personal.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)             | Wenn Ärzte Fachbegriffe verwenden, erklären sie mir diese ohne Nachfragen.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c)             | ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e)             | Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. <input type="text"/> Minuten warten. |                          |                          |                          |                          |

| Zu folgenden Themen habe ich hier in der Einrichtung einen fachkundigen Ansprechpartner: |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| f)   | Familiäre Auswirkungen (Konflikte, Belastbarkeit, ...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g)   | Auswirkungen der Behandlung auf die eigene Stimmungslage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h)   | Veränderung des Aussehens durch die Behandlung           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i)   | ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt  
 Sehr wichtig  
 Eher wichtig  
 Eher unwichtig

**Wie wichtig sind folgende Aspekte für Sie:**

|      |   |                          |                          |                          |                          |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.   | Die Qualität des Essens ist mir ...                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.  | Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III. | Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.  | Die pflegerische Betreuung ist mir ...                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V.   | Die ärztliche Betreuung ist mir ...                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VI.  | ...   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogenauszug**  
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

**A. Meinen aktuellen Gesundheitszustand**

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

**B. Wie kamen Sie in diese Einrichtung?**  
*Mehrfachantworten sind möglich*

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

**C. Fragen zur Person**

**Wenn Sie an das Zentrum denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?**  
 Bitte deutlich schreiben.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Wenn Sie an das Zentrum denken, was schätzen Sie am meisten?**

|  |
|--|
|  |
|  |

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**