

# Ihre Meinung ist uns wichtig!

## Beispielkrankenhaus Standard

## Logo

### Ehemalige Patienten

#### Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten<sup>1</sup> durch. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie als ehemalige Patienten befragen.

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 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!**

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

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

**Ankunft im Haus**

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, waren ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme war ...                      | <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 war ... | Fragebogenauszug<br>Copyright Forschungsgruppe Metrik |                          |                          |                          |                          |
| 6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal war ...                       | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal war ...                         | <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 meiner Krankheit war ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Die Freundlichkeit der Ärzte war ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Weitere Bereiche**

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

**Gesamturteil**

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**Weitere Fragen**

Immer  
Oft  
Selten  
Nie

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ich hatte volles Vertrauen zu den Ärzten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Die Ärzte waren gesprächsbereit.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Bei Bedarf bekam ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Das Personal nahm sich Zeit für mich.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Bis ich Schmerzmittel bekam, musste ich ca. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Minuten warten. |                          |                          |                          |                          |

Teilweise  
Ja  
Nein

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| m) Ich kenne den Namen des Arztes, der mich behandelte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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 mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Meinen 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 kamen Sie 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**

Jahre       Weiblich       Männlich

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

Bitte deutlich schreiben.

Fragebogenauszug  
 Copyright Forschungsgruppe Metrik

**Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was schätzten Sie am meisten?**

Ehemalige Patienten 10000 150 402

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**