

Ihre Meinung ist uns wichtig!

**Beispielkrankenhaus Ambulantes
Operationszentrum**

LOGO

Ambulantes Operieren, Chirurgie

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen in unserem Operationszentrum eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen. Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge freuen wir uns und für Kritik und Anregungen sind wir sehr dankbar.

Aus diesem Grund möchten wir Sie heute bitten, diesen Fragebogen über unsere Praxis / Klinik auszufüllen, damit wir uns noch besser auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einstellen können. Bitte händigen Sie den Fragebogen vor Verlassen des Operationszentrums der Mitarbeiterin an **Fragebogenauszug** Copyright Forschungsgruppe Metrik¹ Fragebogen aber auch innerhalb einer Woche nach der Operation zu Hause ausfüllen und dann mit dem beigefügten adressierten Freiumschlag direkt an das auswertende Institut zurückschicken. Die Anonymität Ihrer Aussagen ist in beiden Fällen absolut gewährleistet.

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 !

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

Erstklassig
Sehr gut
Akzeptabel
Gut
Schlecht

Aufenthalt im Haus

3. Die Möglichkeit, einen Termin in der Sprechstunde zu bekommen, war ...

Pflege

9. Die Art und Weise, wie das Pflegepersonal auf meine Wünsche einging, war ...

13. Die Betreuung durch das Pflegepersonal war ...

Behandlung

14. Die Abstimmung des OP-Termins war ...

Ärzte

21. Die Betreuung durch die Ärzte war ...

Fragebogenauszug
Copyright Forschungsgruppe Metrik

Erstklassig
Sehr gut
Akzeptabel
Gut
Schlecht

Operation / Schmerzlinderung

23. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch die Anästhesie (Narkosearzt) war ...

32. Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Operation war ...

Versorgung und Betreuung

33. Die Versorgung nach der Operation in der Klinik / Praxis war ...

Gesamturteil

38. Mein Gesamturteil in Zusammenhang mit meiner ambulant durchgeführten Operation ist ...

39. Ich werde diese Klinik / Praxis weiterempfehlen als ...

Stimmt gar nicht
Stimmt eher nicht
Stimmt eher
Stimmt völlig

Weitere Fragen	
a) Ich wurde vollständig über die Vor- und Nachteile der Operation informiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Mir wurden die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, die ich nach meiner ambulanten Behandlung nehmen muss, erklärt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Ich würde mich in diesem Ambulanten Operationszentrum jederzeit wieder operieren lassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragebogenauszug
Copyright Forschungsgruppe Metrik

Einer der wichtigsten
Aspekte überhaupt
Sehr wichtig
Eher wichtig
Eher unwichtig

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:	
V. Die Vorbereitung auf die Operation ist für mich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VIII. Die ärztliche Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
XIV. Das Behandlungs-/Operationsergebnis ist für mich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A. Häufigkeit der Besuche im Ambulanten Operationszentrum	
Ich habe in den letzten 6 Monaten ca. <input type="text"/> Mal das OP-Zentrum aufgesucht.	

Fragen zur Person	
D. Ich bin Privatpatient/-in:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
E. <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich

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

Wenn Sie an die Behandlung denken, was schätzten Sie am meisten?	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!