

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 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 Notaufnahme denken?	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1. Die Wartezeit bis zum Erstkontakt mit einer medizinischen Fachkraft war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Kompetenz dieser medizinischen Fachkraft war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Atmosphäre des Wartebereichs war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Wartezeit bis zum Erstkontakt mit einem Arzt war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Betreuung meines Kindes durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>
9. Die Fähigkeit des Arztes, meinem Kind zuzuhören war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Freundlichkeit des Arztes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Wirksamkeit, mit der die Schmerzen meines Kindes gelindert wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Berücksichtigung der Sorgen und Ängste meines Kindes durch das gesamte Personal war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Auskünfte des nichtärztlichen Personals über die Abläufe waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Freundlichkeit des nichtärztlichen Personals war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Geschwindigkeit und Dauer der Untersuchungen / Behandlungen waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Der diskrete Umgang mit den persönlichen Daten meines Kindes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Aufklärung über Komplikationen der Erkrankung meines Kindes, auf die ich zu Hause achten muss, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Der Erfolg der Behandlung war bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt gemacht habe, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich werde die Notaufnahme weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Fragen	
a) Bis mein Kind Schmerzmittel bekam, musste es ca.	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/> Minuten warten.

Weitere Fragen	Teilweise Ja	Nein
b) Ich als Angehörige / Begleitperson konnte mein Kind jederzeit begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mein Kind hatte volles Vertrauen zu der medizinischen Fachkraft, die den Erstkontakt hergestellt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mein Kind kannte den Namen des Arztes, der es behandelte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mein Kind hatte volles Vertrauen zu den Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bei Bedarf bekam mein Kind rechtzeitig Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Das Personal war da, wenn mein Kind es brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mein Kind bekam rechtzeitig Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mein Kind hatte volles Vertrauen zum nichtärztlichen Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Es wird <u>mit</u> meinem Kind gesprochen, nicht <u>über</u> es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Mein Kind fühlte sich jederzeit als Mensch wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Die Intimsphäre meines Kindes war jederzeit geschützt.	<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. Geringe Wartezeiten sind für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Eine kompetente nichtärztliche Ansprechperson ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Ein angenehmer Wartebereich ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Die ärztliche Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Eine sorgfältige Aufklärung über die Krankheit und die Behandlung meines Kindes ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die Freundlichkeit des Personals ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Der Umgang mit den Sorgen und Ängsten meines Kindes ist mir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX. Die Betreuung durch das nichtärztliche Personal ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Ein reibungsloser Ablauf der Behandlung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI. Der diskrete Umgang mit den persönlichen Daten meines Kindes ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII. 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"/>

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 type="text" value=""/> 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

E. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

Erstklassig	Sehr gut	Gut	Akzeptabel	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!