

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus Onkologie

Darmzentrum

LOGO

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

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 Patienten kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt 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
Schlecht

Pflege		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	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"/>
2.	Die Unterstützung durch das (Pflege-) Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Auskünfte des (Pflege-) Personals über die Abläufe in dieser Einrichtung sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Freundlichkeit des (Pflege-) Personals ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das (Pflege-) Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Schlecht
6.	Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite / des Arztgesprächs ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die persönliche Begleitung durch das (Pflege-) Personal während der Behandlung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufenthalt im Haus		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Schlecht
12.	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, ...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Die hygienischen Verhältnisse sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Die Orientierungshilfen für meine neue Lebenssituation sind ...	<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"/>
19.	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich werde diese Einrichtung weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Fragen	Immer	Oft	Selten	Nie
a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich habe volles Vertrauen zum (Pflege-) Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wenn Ärzte Fachbegriffe verwenden, erklären sie mir diese ohne Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. <input style="width: 50px; height: 20px;" 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) Veränderungen in der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Berufliche Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Unterstützung hat Ihnen als Krebspatient gefehlt?	Ja	Nein
Gefehlt haben Informationen über ...		
E1 Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 Einholen einer Zweitmeinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 Behandlungsfolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 Medizinische Nachsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5 Medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6 Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7 Möglichkeiten der seelischen Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8 Soziale Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mit welchen Therapien haben Sie aufgrund der
Krebserkrankung eigene Erfahrungen gemacht?**

	Ja	Nein
E9 Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10 Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11 Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12 Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Fragen

	Ja	Nein
E13 Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14 Konnten Sie alle Ihnen wichtige Fragen im Aufklärungsgespräch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15 Wurden Sie über Behandlungsalternativen unterrichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E16 Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E17 Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18 Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E19 Konnten Sie alle Ihnen wichtige Fragen im Abschlussgespräch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20 Wurde Ihnen ein Entlassungsbericht mitgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21 War die Weiterbehandlung geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22 Wurden Sie über die Möglichkeiten von Anschlussheilbehandlungen und Kuren informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23 Wurde Ihnen bei der Beantragung geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E24 Konnten Sie mit einer Selbsthilfegruppe Kontakt aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E25 Wurden Sie ausreichend über den Umgang mit einem Katheter oder Stoma (falls angelegt) unterrichtet und geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E26 Erfolgte die Einleitung der Krankengymnastik bereits vor der Entlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E27 Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Hause zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E28 Würden Sie uns auch einem Bekannten oder Angehörigen empfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E29 Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?	<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.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Fachkundige Ansprechpartner zu haben ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright: Forschungsgruppe Metrik

A. 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"/>

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

<input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

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?

Darmzentrum 10000 307 400

D. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!