

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus - Ambulanz

LOGO

Gastroenterologische Ambulanz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

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

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 !

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

Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Ambulanz denken?	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Schlecht
1. Die Erreichbarkeit der Ambulanz mit öffentlichen Verkehrsmitteln war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Parkplatzsituation war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Möglichkeit, einen Termin in der Sprechstunde zu bekommen, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Freundlichkeit des Personals am Telefon war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Wartebereich war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Länge der Wartezeiten war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Behandlungsräume waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Sauberkeit war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Freundlichkeit des Personals in der Ambulanz war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Art und Weise, wie das Personal auf meine Wünsche einging, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Personal war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Auskünfte des Pflegepersonals über die Abläufe in der Ambulanz waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Zusammenarbeit des Teams in der Ambulanz war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Freundlichkeit der Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Betreuung durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Geschwindigkeit und die Dauer der Untersuchungen / Behandlungen waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Art und Weise, wie mit meinen Schmerzen umgegangen wurde, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Ambulanz denken?	Erstklassig	Sehr gut	Gut	Akzeptabel	Schlecht
24. Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung war ...	<input type="checkbox"/>				
25. Das Behandlungsergebnis war bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>				
26. Die telefonische Erreichbarkeit der Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>				
27. Das schriftliche Informationsmaterial über meine Erkrankung war ...	<input type="checkbox"/>				
28. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Erkrankung, auf die ich zu Hause achten muss, war ...	<input type="checkbox"/>				
29. Die Betreuung durch den weiterbehandelnden Arzt war ...	<input type="checkbox"/>				
30. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit der Ambulanz gemacht habe, ist ...	<input type="checkbox"/>				
31. Ich werde die Ambulanz weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>				

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:	Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig
I. Ein reibungsloser Ablauf der Behandlung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Der Gesamtzustand der Behandlungsräume und des Gebäudes ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Die Vorbereitung auf die Behandlung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Die Sauberkeit ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Die pflegerische Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die ärztliche Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. Geringe Wartezeiten sind für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX. Eine sorgfältige Aufklärung über meine Krankheit und die Behandlung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Wie mit meinen Sorgen und Ängsten umgegangen wird, ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI. Das Behandlungsergebnis ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII. Die sorgfältige Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Ihr Aufenthalt

Ich habe in den letzten 6 Monaten ca. Mal die Ambulanz aufgesucht.

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 diese Klinik / Praxis?

Mehrfachantworten sind möglich

<input type="checkbox"/> Durch Einweisung des Hausarztes	<input type="checkbox"/> Auf persönlichen Wunsch
<input type="checkbox"/> Durch Einweisung des Facharztes	<input type="checkbox"/> Durch Einweisung des Notarztes
<input type="checkbox"/> Auf Empfehlung durch Freunde / Verwandte	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Fragen zur Person

D. Ich bin Privatpatient/-in: Ja Nein

E. Jahre Weiblich Männlich

Wenn Sie an die Ambulanz denken, was war Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben.

Wenn Sie an die Ambulanz denken, was schätzen Sie am meisten?

Gastroenterologische Ambulanz 10000 351 401

F. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!