



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,

bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für die Teilnahme an dieser Befragung. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig! Lassen Sie uns erfahren, wie zufrieden Sie mit Ihrem Aufenthalt im Diakoniekrankenhaus waren. Dazu stellen wir Ihnen Fragen zu verschiedenen Bereichen. Das Ausfüllen ist natürlich freiwillig und anonym. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt.

Bitte teilen Sie uns zuerst mit, ob Sie selbst Patient(in) waren, oder ob Sie diesen Fragebogen als Angehörige(r) ausfüllen:

Ich war selbst Patient(in)

Ich bin Angehörige(r)

Denken Sie bitte an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit dem ärztlichen Personal zu tun hatten.

	<i>sehr zufrieden</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>sehr unzufrieden</i>	<i>weiß nicht</i>
1. Mit der Qualität der medizinischen Versorgung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mit dem Informationsfluss durch die Ärzte war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mit der Berücksichtigung meiner Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mit dem Umgang mit mir durch das ärztliche Personal war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit dem Pflegepersonal zu tun hatten.

	<i>sehr zufrieden</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>sehr unzufrieden</i>	<i>weiß nicht</i>
5. Mit der Qualität der pflegerischen Betreuung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mit dem Informationsfluss durch das Pflegepersonal war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mit der Berücksichtigung meiner Wünsche und Bedenken in der pflegerischen Betreuung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mit dem Umgang mit mir durch das Pflegepersonal war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewerten Sie bitte im Folgenden die Verpflegung und Unterbringung.

	<i>sehr zufrieden</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>sehr unzufrieden</i>	<i>weiß nicht</i>
9. Mit dem Empfang im Diakoniekrankenhaus war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mit der Sauberkeit und Hygiene war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mit der Verpflegung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mit meinem Zimmer war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schätzen Sie nun bitte ein, wie zufrieden Sie mit der Organisation im Krankenhaus waren.

sehr zufrieden
eher zufrieden
eher unzufrieden
sehr unzufrieden
weiß nicht

13. Mit dem gesamten Aufnahmeprozess war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mit den Wartezeiten (z. B. OP, Visiten, Röntgen) war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mit der Organisation meiner Entlassung und Weiterbehandlung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an Ihren Krankenhausaufenthalt insgesamt.

ja
nein
weiß nicht

16. War für Sie die christliche Prägung unseres Hauses spürbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie die religiösen Angebote unseres Hauses genutzt? (z. B. Gespräche mit Seelsorger/in, Gottesdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie unseren hauseigenen TV-Sender KiK-TV genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Weitere Angaben:

Auf welcher Station lagen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chirurgie (Station E1)	Innere 4 (Station E0)	Innere 2 (Station F2)	Geriatric (Station F1/B1/B2)	ITS (Station D1)	_____
Woher kennen Sie unser Krankenhaus? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empfehlung Haus-/Facharzt	Empfehlung Familie/ Freunde	Öffentliche Medien/Internet	Von früheren Aufhalten	Nähe zum Wohnort	_____
Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unter 18 Jahre	18-30 Jahre	31-50 Jahre	51-65 Jahre	66-80 Jahre	über 80 Jahre
Ihr Geschlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	weiblich	männlich				
Wie beurteilen Sie diese Befragung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	gut	teils/teils	schlecht	weiß nicht		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Sie können diesen Fragebogen am Ende Ihres Aufenthaltes am Empfang oder bei jedem unserer Mitarbeiter abgeben.