

**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 Klinikaufenthalt im Diakoniekrankehaus 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"/>
5. Mit meiner Schmerzbehandlung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mit meinem Entlassungsgespräch durch die Ärzte 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>
7. Mit der Qualität der pflegerischen Betreuung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mit dem Informationsfluss durch das Pflegepersonal war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
11. Mit der Einhaltung der Ruhezeiten 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>
12. Mit dem Empfang im Diakoniekrankehaus war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mit der Sauberkeit und Hygiene war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mit der Verpflegung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 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
16. Mit dem gesamten Aufnahmeprozess war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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"/>
18. Mit der Organisation meiner Entlassung war ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mit der Organisation meiner Nachbetreuung/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
20. Wurden Ihre Angehörigen ausreichend mit einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. War für Sie die christliche Prägung unseres Hauses spürbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Haben Sie die religiösen Angebote unseres Hauses genutzt? (z.B. Gespräche mit Seelsorger/in, Gottesdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	weiß nicht
23. Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit den religiösen Angeboten unseres Hauses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?**



**Weitere Angaben:**

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Wie lange waren Sie bei uns?  1-3 Tage  4-7 Tage  1-2 Wochen  2-4 Wochen  länger als 4 Wochen

Auf welcher Station lagen Sie?  Chirurgie (E1)  Gastroenterologie (E0)  Pneumologie (F2)  Geriatrie (B1/F1) \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie diese Befragung?  ausgezeichnet  sehr gut  gut  weniger gut  schlecht

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**