

## ENDOPROTHETIK

# ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

**Sehr geehrte Patienten:innen,**

wir möchten unsere Patienten:innen optimal versorgen. Deswegen ist uns Ihre Meinung wichtig! Mit Ihren Antworten, Ihrem Lob und Ihrem Tadel helfen Sie uns, unsere Leistungen weiter zu verbessern. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die beiden Seiten dieses Fragebogens.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

**Klinik:** \_\_\_\_\_

**Meine Station:** \_\_\_\_\_

**Behandelnde Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

### 1. Vor dem stationären Aufenthalt

Wie beurteilen Sie ...

...die Wartezeit auf einen Termin in der Sprechstunde?

...die Wartezeit während der Sprechstunde?

...die Information zu Ihrer Erkrankung und den geplanten Behandlungen?

...die Freundlichkeit des Personals?

Sehr gut

Sehr schlecht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Während des stationären Aufenthalts

Wie beurteilen Sie ...

...die stationäre Aufnahme?

...die Betreuung durch die Ärzte:Ärztinnen auf Station?

...die Betreuung durch das Pflegepersonal auf Station?

...die Linderung Ihrer Schmerzen?

...die Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Erwartungen?

...die Vorbereitung zu Ihrer Entlassung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Weitere Versorgung

Wie beurteilen Sie ...

...die Physiotherapie?

...die Beratung durch den Sozialdienst/die Beratung zur Rehabilitation?

...die Röntgenabteilung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ENDOPROTHETIK****ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG****4. Weitere Fragen und Anmerkungen**

Würden Sie Bekannten mit einem ähnlichen gesundheitlichen Problem das Endoprothetikzentrum weiterempfehlen?

 Ja Nein

**Was hat Ihnen besonders gut gefallen?**

---

---

---

---

**Was sollten wir besser machen? Welche Anregungen haben Sie für uns?**

---

---

---

---

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in den hierfür vorgesehenen Briefkasten ein, diesen finden Sie auf jeder Station. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Stationsteam.

**Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung, Ihre Krankenhausbetriebsleitung!**