

ORGANKREBSZENTREN

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

3. Diagnostik und Therapie

Wie beurteilen Sie ...

...die Aufklärung vor Eingriffen und Therapien?

...die Aufklärung über Behandlungsalternativen?

...die Aufklärung über Befundergebnisse?

...das Eingehen auf Ihre Fragen und Ängste?

...den Austausch zwischen Ihrem/Ihrer einweisenden Arzt:Ärztin und den Ärzten des Zentrums?

...das Angebot der psychoonkologischen Beratung?

...die Physiotherapie?

...die Beratung durch den Sozialdienst?

<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"/>
<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"/>

ORGANKREBSZENTREN

ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

- ... die Kontaktvermittlung zur Selbsthilfegruppe?
- ... den Informationsgehalt der bereitgestellten Flyer/Broschüren?
- ... die Röntgenabteilung?

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"/>

4. Spezielle Diagnostik und Therapie (Nur ankreuzen wenn durchgeführt!)

Wie beurteilen Sie ...

- ... die Endoskopie (Darmspiegelung/Lungenspiegelung)?
- ... die Ernährungsberatung?
- ... die Chemotherapie?
- ... die Strahlentherapie?
- ... die Beratung zur Stomaversorgung?

<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"/>
<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"/>

5. Weitere Fragen und Anmerkungen

Würden Sie Bekannten mit einem ähnlichen gesundheitlichen Problem das Organkrebszentrum 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**