

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung des Hausarztes | <input type="checkbox"/> Tagespresse |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von Bekannten / Angehörigen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Internet | |

13. Was sollten wir Ihrer Meinung nach dringend verbessern? (Bitte kreuzen Sie an)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Organisation der Aufenthalts äußere Rahmenbedingungen bei Ankunft | <input type="checkbox"/> | Betreuung durch die Pflege Betreuung in den Funktionsbereichen Zusammenarbeit / Kommunikation der Bereiche und Berufsgruppen Vorbereitung nach dem Krankenhausaufenthalt / Entlassung | <input type="checkbox"/> |
| Patientenzimmer/Serviceleistungen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Speisenversorgung | <input type="checkbox"/> | Behandlung der Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch die Ärzte | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

***Ihre Meinung ist
uns wichtig!***

PATIENTENBEFRAGUNG

Bitte ausfüllen. Vielen Dank!

- | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Künzelsau | <input type="checkbox"/> I.OG | <input type="checkbox"/> II.OG | <input type="checkbox"/> INT |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Öhringen | <input type="checkbox"/> I.OG | <input type="checkbox"/> II.OG | <input type="checkbox"/> III.OG <input type="checkbox"/> INT |
| <input type="checkbox"/> Reha- Klinik Öhringen | | | |

- Innere Medizin
- Allgemeinchirurgie
- Unfallchirurgie
- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- Kardiologie
- Urologie
- HNO
- Rheumatologie
- Augenheilkunde

Möglichkeit für Lob, Kritik und weitere Anregungen

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Wünschen Sie, dass wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?
Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre Anschrift und Telefonnummer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und weiterhin gute Besserung!
Für die Rückgabe der Patientenfragebögen steht Ihnen ein Briefkasten an der Information zur Verfügung, oder geben Sie diesen im Dienstzimmer ab.

Hohenloher Krankenhaus gGmbH Kastellstrasse 5, 74613 Öhringen
www.hohenloher-krankenhaus.net

Station:

Datum:

| Version | erstellt oder revidiert | am | geprüft und freigegeben | am | veröffentlicht | am |
|---------|-----------------------------------|---------|-------------------------|---------|----------------|---------|
| 1 | Projektgruppe Patientenfragebogen | 03-2011 | GF/CÄ/FüAss | 04-2011 | H.Munz QMB | 04-2011 |
| 2 | Munz | 03-2014 | Munz/FüAss | 04-2014 | H.Munz QMB | 04-2014 |
| 3 | Munz | 05-2016 | Munz | 05-2016 | H.Munz QMB | 05-2016 |

Patientenbefragung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie mit unseren Leistungen zufrieden sind. Damit wir uns ständig für Sie verbessern können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen, während Ihres Aufenthaltes bei uns, zu beantworten. Für die Rückgabe der Patientenfragebögen steht Ihnen ein Briefkasten an der Information zur Verfügung oder übergeben diesen der zuständigen Pflegekraft auf Station.

| Noten | Sehr zufrieden | Zufrieden | Teils/teils | Unzufrieden | Sehr unzufrieden |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beispiel: Immer bitte Zutreffendes ankreuzen: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1. Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation Ihres Aufenthaltes bei uns?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mit der Terminvergabe / Termineinhaltung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit den Wartezeiten bei der Aufnahme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Organisation des Aufnahmeverfahrens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Wie zufrieden sind Sie mit den äußeren Rahmenbedingungen bei der Ankunft?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mit der Erreichbarkeit des Krankenhauses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit den Parkplätzen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Beschilderung innerhalb des Krankenhauses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Betreuung?

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Mit den Informationen über Untersuchungen und Behandlungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit dem Ablauf der Visite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Freundlichkeit der Ärzte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Wie zufrieden sind Sie mit der pflegerischen Betreuung?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mit der Information über pflegerische Maßnahmen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Erreichbarkeit des Pflegepersonals | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Freundlichkeit der Pflege | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Falls zutreffend: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung Ihrer Schmerzen?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung in den Funktionsbereichen (z.B. Röntgen, EKG, Labor, OP)?

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Mit der Freundlichkeit der Mitarbeiter in diesem Bereich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Wartezeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit / Kommunikation der Bereiche und Berufsgruppen?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mit anderen Bereichen (z.B. Physiotherapie) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Informationsweitergabe zwischen Ärzten & Pflegepersonal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Wie zufrieden sind Sie mit der Speisversorgung?

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Mit dem Geschmack des Essens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit den Auswahlmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Kostform (z.B. Vollkost, Diät) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit den frischen Komponenten (z.B. Salat, Frischobst) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Wie zufrieden sind Sie mit den Patientenzimmern / Serviceleistungen?

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Mit der Ausstattung des Patientenzimmers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Sauberkeit des Patientenzimmers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit den zusätzlichen Angeboten (z.B. Kiosk, Cafeteria) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung nach dem stationären Aufenthalt?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mit der ärztlichen Information über die Entlassung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Beratung und Information über die Versorgung nach dem stationären Aufenthalt (z.B. Sozialberatung, Pflegeüberleitung) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mit der Organisation der Entlassung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Werden Sie unsere Klinik weiterempfehlen

| | | | | |
|----|---------|-------------|-----------|------|
| Ja | Eher ja | teils/teils | Eher nein | Nein |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |