



## IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

Rückmeldebogen für Patienten, Angehörige und Besucher

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen die Gelegenheit geben, uns Ihre Meinung mitzuteilen. Ob Lob, Kritik oder Anregungen – Ihre Rückmeldung ist uns sehr wichtig, denn wir wollen uns stetig weiterentwickeln. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonym behandelt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen für Ihre weitere Genesung alles Gute.

Freundliche Grüße

Cornelia Kaltenborn  
Geschäftsführerin

Prof. Dr. med. Martin Wolff  
Ärztlicher Direktor

Patrycja Kielkowski  
Pflegermanagerin

### Fachabteilung

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Orthopädie I (Dres. med. Butzmann/Gödel/Schwabke)    |
| <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie    | <input type="checkbox"/> Gynäkologie    | <input type="checkbox"/> Orthopädie II (Dres. med. Ackermann/Albioke/Dogruel) |
| <input type="checkbox"/> Fußchirurgie       | <input type="checkbox"/> Geburtshilfe   | <input type="checkbox"/> Urologie   |

### Station/Abteilung

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Innere 1 (PI1)        | <input type="checkbox"/> Innere 2 (PI2)        | <input type="checkbox"/> Innere 3 (PI3)                | <input type="checkbox"/> Innere 4 (PI4)    |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie 1 (PC1)     | <input type="checkbox"/> Chirurgie 2 (PC2)     | <input type="checkbox"/> Chirurgie 3 (PC3)             | <input type="checkbox"/> Mischstation (PM) |
| <input type="checkbox"/> Intensivmedizin (PIM) | <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe (PG) |  |

	sehr gut ++	gut +	akzeptabel o	negativ -
Wie bewerten Sie die Patientenaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Wartezeit vor Ihrer Operation / Untersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Linderung Ihrer Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie bewerten Sie die Sauberkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entsprach das Essen Ihren Bedürfnissen im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen über Ihre Entlassung und die Nachsorge waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem St. Nikolaus-Stiftshospital insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr gut ++	gut +	akzeptabel o	negativ -
<b>Wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung durch unsere Mitarbeiter?</b>				
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen/Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG/Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreißsaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstversorgung / Chirurgische Ambulanz (Notaufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst (Beratung zur Versorgung nach Entlassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafeteria/Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Würden Sie uns Ihrer Familie bzw. Ihren Freunden weiterempfehlen?**  ja  nein

**Was hat Ihnen besonders gut gefallen?**

---



---



---



---



---



---

**Haben Sie Anregungen zu Verbesserungen?**

---



---



---



---



---



---

**Wenn Sie eine Rückmeldung wünschen, teilen Sie uns bitte nachfolgend Ihre Kontaktdaten mit:**

---

Name

---

Anschrift

---

E-Mail oder Telefon

**Bitte werfen Sie diesen Patientenfragebogen in den Briefkasten gegenüber den Aufzügen oder ins Postfach 35 an der Information in der Eingangshalle.  
Vielen Dank!**