

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Rückmeldebogen für Patient:innen, Angehörige und Besucher:innen

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 die weitere Genesung alles Gute!

Freundliche Grüße

Cornelia Kaltenborn | Geschäftsführerin St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH

FACHABTEILUNG

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Gelenkz. Mittelrh.(Dres. med. Andreß/Gödel/Schwabke/Rößler) |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Anästhesie/Intensivmedizin | |

STATION / ABTEILUNG

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Innere 1 (PI1) | <input type="checkbox"/> Innere 2 (PI2) | <input type="checkbox"/> Innere 3 (PI3/IMC) | <input type="checkbox"/> Palliativstation (PIPA) |
| <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"/> Intensivstation (PIM) | <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe (PG) | <input type="checkbox"/> Geriatrie (PGER) |

IHRE RÜCKMELDUNG

Wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung durch unsere Mitarbeiter?

	sehr gut ++	gut +	akzeptabel o	nicht gut -
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/CT/MRT (Radiologie)	<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"/>
Zentrale 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"/>
Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation/Information/Gesamteindruck

sehr gut ++ gut + akzeptabel 0 nicht gut -

Wie umfassend wurden Sie bei Ihrer Aufnahme informiert?	<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 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 war Ihr Gesamteindruck von unserem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientensicherheit/Versorgungsqualität

trifft voll zu ++ trifft eher zu + trifft eher nicht zu 0 trifft nicht zu -

Ich habe mich im St. Nikolaus-Stiftshospital sicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass Patient:innen in diesem Krankenhaus gut und umfassend versorgt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Schmerzen wurde mir angemessen geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Würden Sie uns Ihrer Familie bzw. Ihren Freund:innen weiterempfehlen?

Ja Nein

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Haben Sie Anregungen zu Verbesserungen?

IHRE ANGABEN

Wer hat den Rückmeldebogen ausgefüllt?

Ich selbst (Patient:in) Angehörige:r, Besucher:in (stellvertretend für Patient:in)

Wünschen Sie eine Rückmeldung?

Ja Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte nachfolgend Ihre Kontaktdaten mit:

Name, Vorname

Anschrift

E-Mail und/oder Telefon

Informationspflichten nach §§ 14 ff. KDG

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist § 6 S. 1 b) KDG (Einwilligung). Ihre Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung der Konversation verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden gelöscht, sobald die jeweilige Konversation beendet ist. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit per Mail an info@stiftshospital-andernach.de widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf bleibt unberührt. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Internetseite des Krankenhauses unter stiftshospital-andernach.de

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