

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 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"/> Orthopädie I (Dres. med. Butzmann/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 zufrieden waren Sie mit der Versorgung durch unsere Mitarbeiter?

	sehr gut ++	gut +	akzeptabel o	negativ -
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"/>
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"/>

	sehr gut ++	gut +	akzeptabel o	negativ -
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"/>

	trifft voll zu ++	trifft eher zu +	trifft eher nicht zu o	trifft nicht zu -
Patientensicherheit / Versorgungsqualität				
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 Patienten 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"/>

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Haben Sie Anregungen zu Verbesserungen?

Wer hat den Rückmeldebogen ausgefüllt?

Ich selbst (Patient) Angehöriger, Besucher (stellvertretend für Patienten)

Wünschen Sie eine Rückmeldung? ja nein

Wenn ja, 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!