

8. Ausstattung und Service						
a) Wie zufrieden sind Sie mit der Unterbringung und Einrichtung in Ihrem Zimmer?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
b) Wie zufrieden sind Sie mit der Sauberkeit in unserem Krankenhaus?						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
im Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Bad, Dusche, WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in den allgemeinen Aufenthaltsräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in den sonstigen Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wie zufrieden sind Sie mit der Verpflegung in unserem Krankenhaus?						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Wahlmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot von Diätformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur der Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wie zufrieden sind Sie mit unserer Cafeteria hinsichtlich der:						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ihre Entlassung

a) Wie zufrieden sind Sie mit Hinweisen zu Verhaltensmaßnahmen nach Ihrer Entlassung?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
b) Wie zufrieden sind Sie mit der Information zu Unterstützung und Hilfen nach Ihrer Entlassung?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
c) Würden Sie sich in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?						
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> weiß nicht		

Weitere Anregungen:

Wir nehmen Ihre Anregungen ernst und danken Ihnen für Ihre Mühe! Wenn Sie möchten, können Sie Ihren Namen und Ihre Telefonnummer eintragen:

Name: _____ Telefonnummer: _____



ST. JOSEFSKRANKENHAUS
HEIDELBERG

Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg



PATIENTENBEFRAGUNG: WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT UNS?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir führen in unserem Krankenhaus eine kontinuierliche Befragung unserer Patienten durch: Ihre Zufriedenheit ist unser Ziel.

Durch Ihre Rückmeldung wollen wir feststellen, in welchen Bereichen wir uns verbessern können. Deshalb bitten wir Sie kurz vor Ihrer Entlassung, den Fragebogen auszufüllen und ihn in den Briefkasten auf Ihrer Station oder im Eingangsbereich einzuwerfen.

Selbstverständlich werden Ihre Antworten anonym erfasst und ausgewertet.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bernhard Hofmann oder Anja Schlieder, Referat Planung und Qualitätsmanagement

Telefon 06221/526-501, Fax 06221/526-960

E-Mail: qualitaetsmanagement@st.josefskrankenhaus.de

1. Fragen zu Ihrer Person					
a) Ihr Alter liegt zwischen (Angabe in Jahren)					
<input type="checkbox"/> 0-15	<input type="checkbox"/> 16-30	<input type="checkbox"/> 31-45	<input type="checkbox"/> 46-65	<input type="checkbox"/> 66-75	<input type="checkbox"/> 76 & älter
b) Wie lange dauerte Ihr Krankenhausaufenthalt?					
<input type="checkbox"/> > 1 Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Wochen	<input type="checkbox"/> 2-3 Wochen	<input type="checkbox"/> < 3 Wochen		
c) Auf welcher Station lagen Sie? _____					
d) Welche Wahlleistungen haben Sie in Anspruch genommen?					
<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Keine Wahlleistung		
e) Wer hat Sie bei der Entscheidung, in welchem Krankenhaus Sie sich behandeln lassen, unterstützt?					
<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Bekannte/ Verwandte	<input type="checkbox"/> Hausarzt/ Facharzt	<input type="checkbox"/> Notarzt	<input type="checkbox"/> Sonstige

2. Trägerschaft des St. Josefskrankenhauses	
a) Spielte die kirchliche Trägerschaft für Ihre Entscheidung in das St. Josefskrankenhaus zu gehen eine Rolle?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) War die christliche Grundhaltung des Hauses während Ihres Aufenthalts spürbar?	
<input type="checkbox"/> Ja, wodurch: _____	<input type="checkbox"/> Nein

3. Ihre Aufnahme						
a) Wo wurden Sie aufgenommen?						
<input type="checkbox"/> Im Aufnahmebüro	<input type="checkbox"/> Am Empfang		<input type="checkbox"/> Ambulanz			
b) Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation Ihrer Aufnahme bezüglich der:						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Aufnahmeformalitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tagesablauf auf der Station						
Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation der Station bezüglich der:						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Aufnahme und Empfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weckzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuchszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essenszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Medizinische Betreuung						
a) Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Behandlung bezüglich der:						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie zufrieden sind Sie mit der Information über Ihr Krankheitsbild und mögliche Therapien?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
c) Wie zufrieden sind Sie mit den Arztvisiten?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
d) Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation zu Ihren behandelnden Ärzten?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
e) Wie zufrieden sind Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre während der Untersuchung/Behandlung?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	

6. Pflegerische Betreuung						
a) Wie zufrieden sind Sie mit der pflegerischen Behandlung?						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation mit den Schwestern und Pflegeern?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
c) Wie zufrieden sind Sie mit der Reaktionszeit des Pflegepersonal?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
d) Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit der Ärzte und Pflegekräfte bei Ihrer Behandlung?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	
e) Wie zufrieden sind Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre durch die Pflegekräfte?						
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden	

7. Wartezeiten						
Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten in folgenden Abteilungen?						
	sehr zufrieden	zufrieden	mittelmäßig	ausreichend	unzufrieden	sehr unzufrieden
EKG, Lugenfunktion, Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen/Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>