

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,

- bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für die Teilnahme an dieser Befragung, **auch wenn Sie diesen Fragebogen bereits bei vergangenen Aufenthalten ausgefüllt haben.**
- Sofern Sie auf mehreren Stationen lagen, füllen Sie diesen Bogen **bitte nur für eine Station** aus.

? Bitte beachten Sie:

✓ **JA – Ein Kreuz in ein Kästchen** 1 2 3 4 5 6

X NEIN – Ein Kreuz zwischen zwei Kästchen 1 2 3 4 5 6

X NEIN – Ein Kreuz in mehrere Kästchen 1 2 3 4 5 6

? Fragen zur ärztlichen Versorgung

1. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt?
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

2. Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit Ihnen?
Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**

3. Wurden Sie von den Ärztinnen und Ärzten insgesamt angemessen informiert?
Beispiele: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

4. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung ein?
Beispiele: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, moderne Behandlungsmethoden
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**

? Fragen zur pflegerischen Betreuung

5. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt?
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

6. Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?
Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**

7. Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?
Beispiele: Umgang mit der Krankheit, Untersuchungen, Tagesablauf
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

8. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung ein?
Beispiele: fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, Versorgung nach neuestem Wissen
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**

? Weitere Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

9. Mussten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes häufig warten?
Nein, nie 1 2 3 4 5 6 Ja, immer
10. Verliep die Aufnahme ins Diakoniekrankenhaus zügig und reibungslos?
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**
11. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Diakoniekrankenhaus?
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**
12. Entsprach die Essensversorgung Ihren Bedürfnissen?
Ja, sehr 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**
13. Wie gut war Ihre Entlassung durch das Diakoniekrankenhaus organisiert?
Sehr gut 1 2 3 4 5 6 **Sehr schlecht**
14. Würden Sie das Diakoniekrankenhaus Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?
Voll & ganz 1 2 3 4 5 6 **Überhaupt nicht**

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

(Bitte verzichten Sie auf Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen)



? Persönliche Angaben

- Auf welcher Station lagen Sie?
(Bitte nur eine Station ankreuzen)
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Station E1 (Chirurgie) | Station E0 (Innere) | Station F2 (Innere) | Station F1/B1/B2 (Geriatric) | Station D1 (ITS/IKL) | | |
- Woher kennen Sie unser Krankenhaus?
(Mehrfachantworten möglich)
- | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empfehlung Haus-/Facharzt | Empfehlung Familie/ Freunde | Öffentliche Medien/Internet | Von früheren Aufenthalten | Nähe zum Wohnort | | |
- Wie alt sind Sie?
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unter 18 Jahre | 18-30 Jahre | 31-50 Jahre | 51-65 Jahre | 66-80 Jahre | über 80 Jahre | |
- Ihr Geschlecht?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weiblich | männlich | divers |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Das Ausfüllen ist freiwillig und anonym. Sie können diesen Fragebogen am Ende Ihres Aufenthaltes in den Briefkasten am Haupteingang einwerfen.