

Ihre Meinung ist uns wichtig...

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor Sie uns wieder verlassen, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen über unsere Klinik auszufüllen.

Aus Ihren Erfahrungen und Eindrücken möchten wir gerne lernen und Ihre Anregungen und Wünsche in die Tat umsetzen.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine baldige Genesung.

Ihr Team der 310Klinik

Patientenbefragung

1. Allgemeine Angaben

(freiwillige Angabe) Name, Vorname

Geschlecht: weiblich männlich Alter: _____
 Einbettzimmer Zweibettzimmer Mehrbettzimmer
Zimmernummer.: _____

Behandelnder Arzt:

Dr. med. Tobias Stangl Prof. Sven Jonas Öktem Satici
 Dr. med. Christoff Reichelt Dr. med. Peter Elbl Dr. med. Georg Manolikakis
 Dr. med. Markus Pfeiffer Dr. med. Ulrich Göde

2. Waren Sie schon einmal Patient/in in unserer Klinik?

Nein Ja
Falls ja, ist Ihr Eindruck besser schlechter gleich gut

3. Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

Mein (Haus-)Arzt hat mir die Klinik empfohlen
 Ich komme auf Empfehlung von Verwandten/Bekanntem
 Werbung → Internet Radio
 Sonstiges: _____

4. Wie bewerten Sie die Informationen über die 310Klinik?

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Informationsflyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetauftritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

5. Wie gut war Ihre Aufnahme innerhalb der Klinik organisiert?

sehr gut gut zufriedenstellend mangelhaft

Bemerkung: _____

6. Wie empfanden Sie während Ihres Aufenthaltes den Kontakt zu

a. Empfangspersonal

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und Höflichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Ihnen gegebenen Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

b. Ärzten/Operateuren

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Wie empfanden Sie die pers. Zuwendung u. Einfühlsamkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fühlten Sie sich über die Behandlung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fanden Sie die Gesprächszeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit der medizinischen Versorgung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

c. Pflegepersonal

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Wie empfanden Sie die pers. Zuwendung und Hilfestellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Wahrung der Intimsphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut wurden Sie über die Abläufe informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

d. Anästhesie

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Wie empfanden Sie die pers. Zuwendung u. Einfühlsamkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fühlten Sie sich über die Behandlung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fanden Sie die Gesprächszeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut wurden Sie über die Abläufe im OP informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

7. Wie beurteilen Sie die Einrichtung und die Reinigung Ihres Krankenzimmers?

	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Ambiente des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitärbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung (Sauberkeit/Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

8. Wie zufrieden waren Sie mit der Verpflegung?

Kostform: <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Diät	sehr gut	gut	Zufrieden- stellend	mangelhaft
Vielfalt/Abwechslung des Menüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit dem Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit dem Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit dem Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portionsgröße	<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"/>
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung mit Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

9. Wie war Ihr Gesamteindruck?

sehr gut gut zufriedenstellend mangelhaft

10. Würden Sie sich im Bedarfsfall wieder bei uns behandeln lassen?

Ja Nein

Falls nein, warum

nicht? _____

11. Haben Sie weitere Anregungen, Wünsche, Bemerkungen o.ä.?

