



Ihre Meinung ist uns wichtig...

Liebe Patientinnen und Patienten,

bevor Sie uns wieder verlassen, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen zum Aufenthalt in unserer Klinik auszufüllen.

Ihre Erfahrungen und Wünsche sind uns sehr wichtig, da wir aus ihnen lernen und Ihre Anregungen sowie Wünsche in die Tat umsetzen möchten.

Die gesammelten Daten dienen der internen Optimierung unserer Dienstleistungen und der Verbesserung Ihrer Versorgung.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und wünschen Ihnen eine baldige Genesung!

Ihr Team der 310Klinik

Patientenbefragung

1. Allgemeine Angaben (freiwillig)	
Name, Vorname:	Zimmernummer:
Alter: <input type="radio"/> 18-20 <input type="radio"/> 21-30 <input type="radio"/> 31-40 <input type="radio"/> 41-50 <input type="radio"/> 51-60 <input type="radio"/> 61-70 <input type="radio"/> 71-80 <input type="radio"/> 81-90 <input type="radio"/> 90 <	Station: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	Haben Sie sich für eine Wahlleistung entschieden? <input type="radio"/> Ja. <input type="radio"/> Nein.
Versorgungsart: <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär	Wie sind Sie versichert? <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> gesetzlich
Wann waren Sie in der 310Klinik in Behandlung? <input type="radio"/> Januar <input type="radio"/> Februar <input type="radio"/> März <input type="radio"/> April <input type="radio"/> Mai <input type="radio"/> Juni <input type="radio"/> Juli <input type="radio"/> August <input type="radio"/> September <input type="radio"/> Oktober <input type="radio"/> November <input type="radio"/> Dezember	
2. Waren Sie schon einmal Patient/in in der 310Klinik?	
<input type="radio"/> Ja. <input type="radio"/> Nein.	
Falls Ja, wie ist Ihr Eindruck? <input type="radio"/> Besser. <input type="radio"/> Gleich gut. <input type="radio"/> Schlechter, weil _____.	
3. Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?	
<input type="radio"/> (Radio-/ TV-) Werbung. <input type="radio"/> NN/NZ-Klinikcheck. <input type="radio"/> Infoabend der 310Klinik. <input type="radio"/> Internet/Social Media <input type="radio"/> Mein (Haus-) Arzt hat mir die Klinik empfohlen. <input type="radio"/> Ich komme auf Empfehlung von Verwandten/ Bekannten. <input type="radio"/> Sonstiges: _____.	

4. Fühlen Sie sich durch die bereitgestellten Informationen (Internetplattform, Flyer, Patientenmappe etc.) zur 310Klinik/ zum Aufenthalt in der 310Klinik umfassend informiert?

Ja. Nein.

Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu folgenden Themen gewünscht:

_____.

5. Wie war Ihre Aufnahme in der 310Klinik organisiert?

Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.

Bemerkung:

6. Wie beurteilen Sie den Kontakt...

zum Patientenmanagement im 8. Obergeschoss?

Wie beurteilen Sie die
Freundlichkeit und
Höflichkeit? Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.

Wie beurteilen Sie die
telefonische Erreichbarkeit? Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.

Wurden Sie umfassend Ja. Nein. Ich wurde nicht informiert.

über Ihre bevorstehende
Aufnahme informiert?

Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu Themen
_____ gewünscht.

Waren Sie mit der
Atmosphäre zufrieden? Ja. Nein, weil _____.

zu Ihrem Operateur/Ihrer Operateurin?**Behandelnde/r
Arzt/Ärztin:** _____Wie beurteilen Sie die
persönliche Zuwendung
und Einfühlsamkeit? Sehr gut Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.Wurden Sie umfassend
über die Behandlung
informiert? Ja. Nein. Ich wurde nicht informiert.Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu Themen
_____ gewünscht.

Wie fanden Sie die Visite?

 Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.Waren Sie mit der
medizinischen Versorgung
zufrieden? Ja. Nein, weil _____.**zur Anästhesie?**Wie beurteilen Sie die
persönliche Zuwendung
und Einfühlsamkeit? Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.Wie beurteilen Sie das
Anästhesie-Vorgespräch?
Wurden Sie umfassend
informiert? Ja. Nein. Ich wurde nicht informiert.Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu Themen
_____ gewünscht.Haben Sie sich im OP
Bereich sicher gefühlt? Ja. Nein, weil _____.Wie fanden Sie die
Wartezeit am Tag des
Anästhesie Gesprächs? Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.Wurden Sie umfassend
über die Abläufe im OP
informiert? Ja. Nein. Ich wurde nicht informiert.Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu Themen
_____ gewünscht.

zum Pflegepersonal?				
Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und Höflichkeit?	<input type="radio"/> Sehr gut.	<input type="radio"/> Gut.	<input type="radio"/> Zufriedenstellend.	<input type="radio"/> Mangelhaft.
Wie beurteilen Sie die persönliche Zuwendung und Hilfestellung?	<input type="radio"/> Sehr gut.	<input type="radio"/> Gut.	<input type="radio"/> Zufriedenstellend.	<input type="radio"/> Mangelhaft.
Waren Sie mit der medizinischen Versorgung zufrieden?	<input type="radio"/> Ja.	<input type="radio"/> Nein, weil _____.		
Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre zufrieden?	<input type="radio"/> Ja.	<input type="radio"/> Nein, weil _____.		
Wurden Sie über die Abläufe während Ihres Aufenthaltes auf Station umfassend informiert?	<input type="radio"/> Ja.	<input type="radio"/> Nein.	<input type="radio"/> Ich wurde nicht informiert.	
	Ich hätte mir mehr Informationen zum Thema/ zu Themen _____ gewünscht.			
7. Wie beurteilen Sie die Einrichtung und die Reinigung Ihres Patientenzimmers?				
	Sehr gut.	Gut.	Zufriedenstellend.	Mangelhaft.
Ambiente des Zimmers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technische Ausstattung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sanitärbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reinigung (Sauberkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemerkung:				

8. Wie zufrieden waren Sie mit der Verpflegung?

	Sehr gut.	Gut.	Zufriedenstellend.	Mangelhaft.
Vielfalt/ Abwechslung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamteindruck zu den Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versorgung mit Getränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte beurteilen Sie ...				
...die Portionsgröße	<input type="radio"/> zu viel.	<input type="radio"/> genau richtig.	<input type="radio"/> zu wenig.	
...die Temperatur	<input type="radio"/> zu heiß.	<input type="radio"/> genau richtig.	<input type="radio"/> zu kalt.	
...die Freundlichkeit des Personals	<input type="radio"/> Sehr gut.	<input type="radio"/> Gut.	<input type="radio"/> Zufriedenstellend.	<input type="radio"/> Mangelhaft.
	Bemerkung: _____			
Waren Sie mit dem Aussehen Ihrer Mahlzeiten zufrieden?	<input type="radio"/> Ja.	<input type="radio"/> Nein, weil _____.		
Wurde ausreichend auf Ihre Wünsche eingegangen?	<input type="radio"/> Ja.	<input type="radio"/> Nein, weil _____.		

9. Wie war Ihr Gesamteindruck zum Aufenthalt in der 310Klinik?

Sehr gut. Gut. Zufriedenstellend. Mangelhaft.

Bemerkung:

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

Ja. Nein, weil _____.

11. Werden Sie die Klinik Ihrer Familie und Ihren Freunden weiterempfehlen?

Ja. Nein, weil _____.

12. Weiteres Anliegen

Folgendes möchte ich zusätzlich mitteilen:

Wenn Sie eine Rückmeldung wünschen, so geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten an (freiwillig). Das Team Lob und Kritik der 310Klinik wird sich zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen!

Telefonnummer:

E-Mail:

Ich möchte zu meinem obenstehenden Anliegen kontaktiert werden:

Nein.

Ja.

Unterschrift: _____

Verantwortlich: LK	Erstellt: SA	Erstellt am: 05.12.2024	Geprüft: LK	Freigabe: Fr. Dr. Libimir	Freigabe am: 06.12.2024	Seite 7 von 8
-----------------------	-----------------	----------------------------	----------------	------------------------------	----------------------------	---------------

Das Team **Lob und Kritik der 310Klinik** freut sich auch über eine telefonische Kontaktaufnahme.

Sie erreichen uns unter der 0911/580 68 – 6868.

Montag – Donnerstag 08:00 Uhr – 12:00 Uhr und 13:00 Uhr – 16:00 Uhr

Freitag 08:00 Uhr – 12:00 Uhr

Ihr Anliegen nehmen wir gerne auch per E-Mail entgegen:

E-Mail: LobundKritik@310klinik.com

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter: www.310klinik.com/datenschutz

Falls Sie weitere Fragen oder Anliegen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten der 310Klinik (E-Mail: datenschutz@310klinik.com/ Telefon:0911-580680).

Vielen Dank!

Verantwortlich: LK	Erstellt: SA	Erstellt am: 05.12.2024	Geprüft: LK	Freigabe: Fr. Dr. Libimir	Freigabe am: 06.12.2024	Seite 8 von 8
-----------------------	-----------------	----------------------------	----------------	------------------------------	----------------------------	---------------