

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir heißen Sie herzlich willkommen am Klinikum Passau. Sie sind unser wichtigster Partner, wenn es darum geht, Ihre Gesundheit zu schützen, wiederherzustellen und zu erhalten. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen über unser Klinikum auszufüllen, damit wir uns noch besser auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einstellen können. Bei konkreten Beschwerden wenden Sie sich an Ihre Stationsleitung, die Ihnen für Ihr jeweiliges Problem den richtigen Ansprechpartner nennt.

Für Ihre Mühe danken wir Ihnen.

Bitte geben Sie den Patientenfragebogen völlig anonym in den dafür vorgesehenen Briefkasten neben dem Geldautomaten.

Sie können ihn aber auch direkt bei den Mitarbeitern an der Information abgeben.

Ausfüllhinweise:

Dieser Fragebogen wird automatisch eingelesen.

Bitte den Bogen nicht knicken und möglichst einen schwarzen, dicken Stift verwenden.

Falsch	Richtig
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Bewertungsskala nach dem Notensystem:

1	2	3	4	5	k.A.
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	keine Angabe

I. Persönliche Fragen/Angaben

Z6	In welcher Abteilung liegen Sie?						
F1	St 06 Unfallchirurgie	St 06 Orthopädie	St 06 HNO	St 06 Augen	St 06 MKG	St 11 Neurologie	St 12 Innere 2
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	St 13 Innere 1	St 14 Chirurgie	St 15 Herzchirurgie	St 16 Orthopädie	St 24 Op. Intensiv	St 24 A Herzintensiv	St 32 Innere 2
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	St 32 Nuklear	St 33 Innere 1	St 33 Palliativ	St 34 Urologie	St 34 Chirurgie	St 35 Innere 3	St 36 Orthopädie
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	St 36 Unfallchirurgie	St 42 Innere 1	St 43 Innere 1	St 43 Stroke Unit / Neurologie	St 44 Geburtshilfe	St 44 Gynäkologie	St 45 Innere 3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	St 46 Unfallchirurgie	St 55 Med. Intensiv	St 94 Gynäkologie	St 94 Geburtshilfe	St 94 Urologie	St 75 K Chirurgie	St 75 K Innere 1
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
St 76 K Unfallchirurgie	St 76 K						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

I. Persönliche Fragen/Angaben

	Wie alt sind Sie (Jahre)?			
F2	18 – 25	26 – 45	46 – 69	über 70
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Z2	Woher kommen Sie?						
F3	Stadt Passau	Landkreis Passau	Freyung-Grafenau	Deggendorf	Regen	Rottal-Inn	Dingolfing-Landau
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Straubing	Landshut	Restliches Niederbayern	Restliches Bayern	Andere Bundesländer	Österreich	Übriges Ausland
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?	
F4	kürzer 1 Woche	länger 1 Woche
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Kamen Sie ...	
F5	mit Termin	ohne Termin
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Aufnahme

	Wie beurteilen Sie den Aufnahmeprozess?					
F6	1	2	3	4	5	k. A.
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Wie lange haben Sie auf Station auf Ihr Zimmer gewartet?	
F7	kürzer 30 Minuten	länger 30 Minuten
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A4	Fragen zur Aufnahme	Ja	Nein
F8	Sind weitere Wartezeiten entstanden? (ggf. unter Anmerkungen beschreiben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F9	Wurden Sie sofort ärztlich untersucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10	Wurde Ihnen die Station/der Tagesablauf erklärt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11	Haben Sie sich auf der Station gut aufgehoben gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen:

.....

.....

.....

III. Unterbringung und Serviceangebot

A7	Fragen zur Unterbringung und Verpflegung	Ja	Nein
F12	Waren Sie mit der Zimmerunterbringung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13	Waren Sie mit den Räumlichkeiten zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14	Waren Sie mit dem Angebot an Telefon/TV/Internet zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15	Waren Sie mit der Sauberkeit zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16	Waren Sie mit dem Essen zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F17	Waren Sie mit dem Angebot der Cafeteria zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18	Waren Sie mit dem Angebot des Friseurs zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen:

.....

.....

IV. Stationäre Behandlung

A4	Stationäre Behandlung. Bitte nur eine Angabe pro Zeile!	1	2	3	4	5	k.A.
F19	Beurteilen Sie den Umgang von Ärzten mit Ihnen.	<input type="radio"/>					
F20	Beurteilen Sie den Umgang von Pflegekräften mit Ihnen.	<input type="radio"/>					
F21	Wie beurteilen Sie das medizinische Behandlungsergebnis?	<input type="radio"/>					
F22	Wie beurteilen Sie die Visiten (Organisation, Durchführung) auf Station?	<input type="radio"/>					

A12	Stationäre Behandlung. Bitte nur eine Angabe pro Zeile!	Ja	Nein
F23	Wurde Ihre Intimsphäre gewahrt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F24	Hatten Sie jederzeit einen pflegerischen Ansprechpartner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F25	Hatten Sie jederzeit einen ärztlichen Ansprechpartner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F26	Hatten Sie das Gefühl, dass eine Abstimmung zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten bestanden hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F27	Wurde Ihnen bei Schmerzen unverzüglich und wirkungsvoll geholfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F28	Hatten die Ärzte und das Pflegepersonal ausreichend Zeit für Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F29	Waren alle Sie behandelnden Pflegekräfte über Ihren Zustand richtig informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F30	Waren alle Sie behandelnden Ärzte über Ihren Zustand richtig informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F31	Wurden Ihnen widersprüchliche Auskünfte erteilt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F32	Hatten Sie Vertrauen zu den Ärzten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F33	Hatten Sie Vertrauen zu den Pflegekräften?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F34	Würden Sie die Station weiterempfehlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen:

.....

.....

» V. Diagnostik, Therapie und Hilfsangebote

A2	Hilfsangebote	Ja	Nein
F60	Haben Sie die Leistungen rechtzeitig in Anspruch nehmen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F61	Wurden Sie darüber informiert, dass diese Leistungen in Anspruch genommen werden können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen:

.....

.....

.....

» VI. Entlassung

F62	Wie beurteilen Sie den Entlassungsprozess?	1	2	3	4	5	k.A.
		<input type="radio"/>					

A3	Entlassung. Bitte nur eine Angabe pro Zeile!	Ja	Nein
F63	Haben Sie ausreichende Informationen zur Entlassung und zum Verhalten nach der Entlassung erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F64	War Ihnen der Entlassungstermin am Vortag bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F65	Hat sich die Entlassung verzögert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was möchten Sie uns noch sagen?

.....

.....

.....

DANKE, dass Sie sich für den Fragebogen Zeit genommen haben!
Wir schätzen Ihre Unterstützung und bemühen uns, für Sie noch besser zu werden!