Ihre Meinung ist uns wichtig!

Kreiskrankenhaus Alsfeld

Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Besucher,

für die Beurteilung von Behandlungsqualität und Zufriedenheit ist ihre Meinung wichtig. Nutzen Sie gerne unseren Fragebogen um uns Ihre Meinung über Ihre Behandlung und Betreuung mittzuteilen. Lob spornt uns an und Kritik dient der Verbesserung. Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den „Meinungs-Briefkasten“ am Stützpunkt der Stationen oder neben den Aufzügen. Ihre Rückmeldungen werden anonymisiert bearbeitet.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung und die Zeit, die Sie sich für diesen Fragebogen genommen haben.

Ihre Beschwerdestelle

Station: ..... Datum: ..... ☐ Allgemein-/ Gefäßchirurgie ☐ Innere Medizin ☐ HNO ☐ Unfall-/ Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie ☐ Geriatrie	Bitte Zutreffendes ankreuzen.	Nicht in Anspruch genommen
1) Bewerten Sie bitte die Freundlichkeit des Personals beim Empfang.	sehr gut / sehr schlecht Info/Pforte: ☺ ☺ 😐 ☹ ☹ Zentr. Aufn: ☺ ☺ 😐 ☹ ☹ Ärzte: ☺ ☺ 😐 ☹ ☹ Pflegekräfte: ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
2) Wie lief das Aufnahmeverfahren ins Krankenhaus?	absolut problemlos / mühsam ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
3) Fühlten Sie sich durch die Ärzte respektvoll behandelt und gingen die Ärzte auf Ihre Probleme ein?	ja, immer / nein, gar nicht ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
4) War das Pflegepersonal freundlich und hilfsbereit?	ja, immer / nein, gar nicht ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
5) Wie verständlich waren die Informationen durch die Ärzte?	leicht verständlich / schwer verständlich ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
6) Wie gut hat Sie das Pflegepersonal über alles Wichtige informiert?	sehr ausführlich / viel zu wenig ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
7) Welchen Eindruck haben Sie von den fachlichen Fähigkeiten der Ärzte?	sehr kompetent / ungenügend ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
8) Welchen Eindruck haben Sie von den fachlichen Fähigkeiten des Pflegepersonals?	sehr kompetent / ungenügend ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
9) Wie erfolgte die Behandlung Ihrer Schmerzen?	sehr zeitnah / viel zu spät ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
10) Mussten Sie bei Untersuchungen unangenehm lang warten? Wenn ja, bei welchen Untersuchungen? .....*	keine Wartezeiten / oft langes Warten ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
11) Waren Sie mit dem Angebot der physikalischen Therapie zufrieden?	sehr zufrieden / unzufrieden ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
12) Wie wirkte die räumliche Gestaltung Ihres Stationsbereiches? Welche **Station**? .....*	attraktiv / trist ☺ ☺ 😐 ☹ ☹	○
13) Wie waren Sie untergebracht?	1-Bett-Zimmer ☐ 2-Bett-Zimmer ☐ 3-Bett-Zimmer ☐	○
14) Würden Sie das Krankenhaus weiterempfehlen?	ja ☐ vielleicht ☐ nein ☐	

**Weiterer Raum für Anregungen, Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge: siehe Rückseite

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Ihr Lob spornt uns an:

Ihre Kritik dient der Verbesserung:

Wir möchten Ihre Kritik ernst nehmen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir anonyme Rückmeldungen nur bedingt aufarbeiten können.

Kontaktdaten: .....

Von der Beschwerdestelle auszufüllen: ( ) Bogen weitergeleitet an ……
( ) Rückmeldung eingefordert

Bemerkung: …….. Datum, Hz: ……