



# Ihre Meinung ist uns wichtig

Patientenfragebogen der Marianne-Strauß-Klinik

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie für Ihren Krankenhausaufenthalt unsere Klinik gewählt haben. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns und möchten Ihnen dafür bestmögliche medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung bieten. Die Zufriedenheit der Patienten ist unser oberstes Ziel, daher ist es wichtig, Ihre Bedürfnisse zu kennen, um diese berücksichtigen zu können.

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens teilen Sie uns anonym und kurz Ihre Einschätzung aufgrund der persönlichen Erfahrungen mit, die Sie unserer Klinik gemacht haben. Auf jeder Station finden Sie neben dem Schwesternzimmer einen Briefkasten, in den Sie diesen Fragebogen wie auch die dort bereit gestellten Formulare für Beschwerde und Lob einwerfen können. Fragen Sie gegebenenfalls gerne bei den Pflegekräften nach. Falls Sie den Bogen erst zuhause ausfüllen möchten erhalten Sie an der Pforte einen frankierten Rückumschlag.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

### Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

---

Versicherungsschutz  Gesetzlich  Zusatzversichert  Privat

---

Auf welcher Station waren Sie?  A  B  C  D  Tagesklinik

---

Alter

---

### Waren Sie vorher schon einmal in der Marianne-Strauß-Klinik?

---

ja  nein

---

### Aus welchem Grund haben Sie sich für die Marianne-Strauß-Klinik entschieden?

---

Empfehlung Neurologe oder Hausarzt  Veranstaltung der Klinik

---

Empfehlung von anderen Patienten  Andere Veranstaltung

---

Empfehlung der Krankenkasse  Klinikwebseite

---

Empfehlung der DMSG  Internet-Recherche

---

Information durch die Medien  Sonstiges

---

Ihre Zufriedenheit geben Sie bitte mit Schulnoten an.  
1 steht für sehr gut, 6 für ungenügend.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
sehr gut ungenügend

### Angaben zur Aufnahme

---

1. Wie verlief die Aufnahme ins Krankenhaus?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

### Angaben zur Entlassung

---

2. Wie gut war Ihre Entlassung organisiert?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

Ich weiß es noch nicht.

---

### Angaben zur ärztlichen Versorgung

---

3. Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit Ihnen?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

4. Die Informationen von den Ärztinnen und Ärzten waren insgesamt ...  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

5. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung insgesamt ein?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

### Angaben zur pflegerischen Versorgung

---

6. Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

7. Auf krankheitsbedingte Bedürfnisse reagiert das Pflegepersonal ...  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

8. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Versorgung insgesamt ein?  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥

---

Ihre Zufriedenheit geben Sie bitte mit Schulnoten an.  
1 steht für sehr gut, 6 für ungenügend.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
sehr gut ungenügend

**Waren Sie bei der Physiotherapie?**

ja  nein

9. Wie zufrieden waren Sie mit der  
physiotherapeutischen Behandlung?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei der Physikalischen Therapie?**

ja  nein

10. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung  
durch die Physikalische Therapie?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei der Ergotherapie?**

ja  nein

11. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung  
durch die Ergotherapie?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei der Logopädie?**

ja  nein

12. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung  
durch die Logopädie?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei der Klinischen Psychologie?**

ja  nein

13. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung  
durch die Klinische Psychologie?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei der Neuropsychologie?**

ja  nein

14. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung  
durch die Neuropsychologie?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Waren Sie bei dem Sozialdienst?**

ja  nein

15. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung  
durch den Sozialdienst?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Ihre Zufriedenheit geben Sie bitte mit Schulnoten an.  
1 steht für sehr gut, 6 für ungenügend.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
sehr gut ungenügend

### Angaben zur Diagnostik (z.B. Neurophysiologie, EKG, Sonographie, Urologie)

---

16. Wie zufrieden waren Sie mit der Organisation  
und Durchführung der Diagnostik?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

### Angaben zur Verpflegung

---

17. Wie bewerten Sie die Wahlmöglichkeit der Gerichte?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

18. Wie hat Ihnen das Essen geschmeckt?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

### Angaben zu Unterbringung und Sauberkeit

---

19. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Zimmer?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

20. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Zimmer?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

### Angaben zur Klinikbewertung

---

21. Wie gut ist Ihr Gesamteindruck von unserer Klinik?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

22. Würden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

---

Vielen Dank für Ihre Mühe.

*Ihr Team der Marianne-Strauß-Klinik*

