

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

Ihre Meinung ist uns wichtig

Patientenfragebogen der Marianne-Strauß-Klinik

Liebe Patientin, lieber Patient,
Ihre Zufriedenheit ist unser oberstes Ziel, daher ist es uns 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 in 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. Für ausführlichere Rückmeldungen bitten wir Sie zusätzlich das Formular für Beschwerde und Lob zu nutzen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

Versicherungsschutz Gesetzlich Zusatzversichert Privat

Auf welcher Station waren Sie? A B C D E

Alter Tagesklinik

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 Krankengymnastik?

ja nein

9. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung durch die Krankengymnastik? 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