

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus Ambulantes Operationszentrum

LOGO

Ambulantes Operieren, Chirurgie

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen in unserem Operationszentrum eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen. Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge freuen wir uns und für Kritik und Anregungen sind wir sehr dankbar.

Aus diesem Grund möchten wir Sie heute bitten, diesen Fragebogen über unsere Praxis / Klinik auszufüllen, damit wir uns noch besser auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einstellen können. Bitte händigen Sie den Fragebogen vor Verlassen des Operationszentrums der Mitarbeiterin am Empfang aus. Sie können den Fragebogen aber auch innerhalb einer Woche nach der Operation zu Hause ausfüllen und dann mit dem beigefügten adressierten Freiumschlag direkt an das auswertende Institut zurückschicken. Die Anonymität Ihrer Aussagen ist in beiden Fällen absolut gewährleistet.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!

Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank !

¹ Bei Personenbezeichnungen wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind dabei immer Frauen und Männer gemeint.

Erstklassig
Sehr gut
Akzeptabel
Gut
Schlecht

Aufenthalt im Haus		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1.	Die Parkplatzsituation war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Möglichkeit, einen Termin in der Sprechstunde zu bekommen, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Telefonate waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Der Wartebereich war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Länge der Wartezeiten war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Das mir zur Verfügung gestellte Informationsmaterial über den Ablauf der ambulanten Behandlung war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflege		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
9.	Die Art und Weise, wie das Pflegepersonal auf meine Wünsche einging, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Auskünfte des Pflegepersonals über den Ablauf der ambulanten Operation waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Die Freundlichkeit des Pflegepersonals war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Betreuung durch das Pflegepersonal war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlung		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
14.	Die Abstimmung des OP-Termins war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Die Behandlungsräume waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Die Sauberkeit war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte		Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
17.	Die Aufklärung durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Freundlichkeit der Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Die Betreuung durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erstklassig
Sehr gut
Akzeptabel
Gut
Schlecht

Operation / Schmerzlinderung	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
22. Die Aufklärung durch die Anästhesie (Narkosearzt) war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch die Anästhesie (Narkosearzt) war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die Betreuung durch den Operateur war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Die Wartezeiten vor der Operation waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Die Atmosphäre bei der Vorbereitung direkt vor der Operation war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Betreuung durch den Narkosearzt vor der Operation war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Die Betreuung nach der Operation war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Die Art und Weise, wie mit meinen Schmerzen umgegangen wurde, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Die Verpflegung war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Operation war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgung und Betreuung	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
33. Die Versorgung nach der Operation in der Klinik / Praxis war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Die Versorgung nach der Operation zu Hause war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Die Betreuung durch den weiterbehandelnden Arzt war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Die Atmosphäre in der Klinik / Praxis war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Das Behandlungs-/Operationsergebnis war bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamturteil	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
38. Mein Gesamturteil in Zusammenhang mit meiner ambulant durchgeführten Operation ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich werde diese Klinik / Praxis weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimmt gar nicht
Stimmt eher nicht
Stimmt eher
Stimmt völlig

Weitere Fragen					
a)	Ich wurde vollständig über die Vor- und Nachteile der Operation informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Ich wurde vollständig über die Risiken und Nebenwirkungen der Narkose informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Nach der Operation wurden meine Schmerzen erfolgreich gelindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Nach der Operation hatte ich Kreislaufprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Nach der Operation hatte ich Übelkeit / Erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Ich hatte am 3. Tag nach der Operation noch Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Mir wurden die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, die ich nach meiner ambulanten Behandlung nehmen muss, erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Während der gesamten Behandlung hatte ich jederzeit das Gefühl, in guten Händen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i)	Nach der Operation habe ich im Klinikum übernachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein
j)	Im Anschluss an die Operation hatte ich einen Termin beim Hausarzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k)	Im Anschluss an die Operation hatte ich einen Termin beim Facharzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l)	Ich würde mich jederzeit wieder <u>ambulant</u> operieren lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m)	Ich würde mich in diesem Ambulanten Operationszentrum jederzeit wieder operieren lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n)	Die Belastung durch die Behandlung war:				
	extrem hoch	sehr hoch	hoch	eher gering	nicht vorhanden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einer der wichtigsten
Aspekte überhaupt

Sehr wichtig

Eher wichtig

Eher unwichtig

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:					
I.	Das mir vor der Behandlung zur Verfügung gestellte Informationsmaterial ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Eine unkomplizierte Terminvergabe ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Eine reibungslose Aufnahme ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.	Der Gesamtzustand der Behandlungsräume und des Gebäudes sind für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.	Die Vorbereitung auf die Operation ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.	Die Sauberkeit ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Die pflegerische Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Die ärztliche Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Geringe Wartezeiten sind für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Die Verpflegung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII.	Ein gute Atmosphäre ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII.	Wie mit meinen Sorgen und Ängsten umgegangen wird, ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIV.	Das Behandlungs-/Operationsergebnis ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XV.	Die sorgfältige Vorbereitung auf die Zeit nach der Operation ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright Forschungsgruppe Metrik

A. Häufigkeit der Besuche im Ambulanten Operationszentrum

Ich habe in den letzten 6 Monaten ca. Mal das OP-Zentrum aufgesucht.

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Wie kamen Sie in diese Klinik / Praxis?

Mehrfachantworten sind möglich

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auf Empfehlung des Hausarztes | <input type="checkbox"/> Auf persönlichen Wunsch |
| <input type="checkbox"/> Auf Empfehlung des Facharztes | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Auf Empfehlung durch Freunde / Verwandte | |

Fragen zur Person

D. Ich bin Privatpatient/-in: Ja Nein

E. Jahre Weiblich Männlich

Wenn Sie an die Behandlung denken, was war Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben.

Wenn Sie an die Behandlung denken, was schätzten Sie am meisten?

Ambulantes Operieren, Chirurgie 10000 380 401

F. Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

Erstklassig	Sehr gut	Gut	Akzeptabel	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!