

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Beispielkrankenhaus

LOGO

Notaufnahme

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre offene Meinung ist uns wichtig und über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in den vorbereiteten Briefumschlag zu stecken und an die angegebene Adresse kostenfrei zu versenden.

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.

Wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden Aspekten, wenn Sie an die Behandlung in der Notaufnahme denken?	Erstklassig	Sehr gut	Akzeptabel	Gut	Schlecht
1. Die Wartezeit bis zum Erstkontakt mit einer medizinischen Fachkraft war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Kompetenz dieser medizinischen Fachkraft war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Atmosphäre des Wartebereichs war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Wartezeit bis zum Erstkontakt mit einem Arzt war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Betreuung durch die Ärzte war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Fähigkeit meines Arztes mir zuzuhören war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Freundlichkeit des Arztes war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert wurden, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das gesamte Personal war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Auskünfte des nichtärztlichen Personals über die Abläufe waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Freundlichkeit des nichtärztlichen Personals war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Geschwindigkeit und Dauer der Untersuchungen / Behandlungen waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Der diskrete Umgang mit meinen persönlichen Daten war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Erkrankung, auf die ich zu Hause achten muss, war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Der Erfolg der Behandlung war bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt gemacht habe, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich werde die Notaufnahme weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Fragen

a) Bis ich Schmerzmittel bekam, musste ich ca. Minuten warten.

Weitere Fragen	Teilweise Ja	Teilweise Nein	Nein
b) Meine Angehörigen / Begleitpersonen konnten mich jederzeit begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich hatte volles Vertrauen zu der medizinischen Fachkraft, die den Erstkontakt hergestellt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich kannte den Namen des Arztes, der mich behandelte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich hatte volles Vertrauen zu den Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bei Bedarf bekam ich rechtzeitig Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Das Personal war da, wenn ich es brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich bekam rechtzeitig Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ich hatte volles Vertrauen zum nichtärztlichen Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ich fühlte mich jederzeit als Mensch wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Meine Intimsphäre war jederzeit geschützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie <u>wichtig</u> sind folgende Aspekte für Sie:	Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig
I. Geringe Wartezeiten sind für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Eine kompetente nichtärztliche Ansprechperson ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Ein angenehmer Wartebereich ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Die ärztliche Betreuung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Eine sorgfältige Aufklärung über meine Krankheit und die Behandlung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die Freundlichkeit des Personals ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Der Umgang mit meinen Sorgen und Ängsten ist mir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX. Die Betreuung durch das nichtärztliche Personal ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Ein reibungsloser Ablauf der Behandlung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI. Der diskrete Umgang mit meinen persönlichen Daten ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII. Die sorgfältige Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. 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"/>

B. Wie kamen Sie in die Notaufnahme?

Mehrfachantworten sind möglich

<input type="checkbox"/> Durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/> Durch den Notarzt
<input type="checkbox"/> Durch den Rettungswagen (RTW)	<input type="checkbox"/> Sonstiges

C. Ich bin Privatpatient/-in:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

D. Alter & Geschlecht

<input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

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

Bitte deutlich schreiben.

Wenn Sie an die Notaufnahme denken, was schätzen Sie am meisten?

Notaufnahme 10000 306 400

E. 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!