

9. Gesamtbewertung

- 9.a) Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?
₁ sehr zufrieden ₂ weitgehend zufrieden
₃ leicht unzufrieden ₄ ziemlich unzufrieden
- 9.b) Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?
₁ eindeutig ja ₂ ich glaube ja ₃ ich glaube nicht ₄ eindeutig nicht
- 9.c) Was hat Ihnen in unserer Klinik besonders gut gefallen?
- 9.d) Was sollten wir Ihrer Meinung nach verbessern?

10. Fragen für die Statistik

- 10.a) Ihr Geschlecht? ₁ weiblich ₂ männlich
- 10.b) Ihr Alter _____ Jahre
- 10.c) Welcher Art ist Ihr Klinikaufenthalt?
₁ Anschlussheilbehandlung ₂ Heilverfahren („Kur“) ₃ Anderes
- 10.d) Tragen Sie bitte das heutige Datum ein: ____ . ____ . 20 ____
- 10.e) Wann werden Sie voraussichtlich entlassen?
₀ heute ₁ in einem Tag ₂ in zwei Tagen
₉ später, nämlich in ____ Tagen ₉ weiß nicht

Freiwillige Angaben

Name: _____ Zimmer: _____

Falls Sie zukünftig über besondere Gesundheitsangebote unserer Fachklinik informiert werden möchten, können Sie hier Ihre E-Mail- oder Postadresse angeben (wird getrennt gespeichert):

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

FKL 08.02.001/16.2007/6.000

PATIENTEN-FRAGEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können uns helfen, immer besser zu werden. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schildern uns anhand des Ihnen vorliegenden Fragebogens Ihre persönlichen Eindrücke Ihres Klinikaufenthaltes. Durch Ihre Mithilfe, Ihre konstruktive Kritik und Ihre Anregungen werden wir immer bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation in unserer Fachklinik schaffen können.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrer Abreise an der Rezeption oder auf Ihrer Station ab. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit ein herzliches Dankeschön!

Ihre Klinikleitung

1a. In welcher Abteilung werden Sie behandelt?

- ₁ Orthopädie/Traumatologie ₂ Neurologie ₃ Kardiologie/Innere Medizin

1b. Wo sind Sie untergebracht?

- ₁ Haus 1 ₂ Haus 2 ₃ Kleines Haus

2. Service und Komfort:

Wie beurteilen Sie ...	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
a) die Aufnahmeabteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Rezeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) den Empfang auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) die Wegweisung zu Räumen und Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Organisation und Zeitplan der therapeutischen Anwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) die Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) die Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) die Sauberkeit Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) das Essen / die Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) den Service im Speisesaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) das Freizeitangebot im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) die Atmosphäre in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Bemerkungen und Anregungen:

3. Abläufe und Organisation Wie häufig kam es vor ...	(fast) nie	selten (einmal pro Woche)	manchmal (zweimal pro Woche)	häufig (mehr als 2-mal/Wo.)
a) dass Therapien ersatzlos ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dass der Beginn einer Therapie mehr als 10 Minuten nach dem festgelegten Termin lag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dass sich Behandlungstermine überschneiden haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dass etwaige Änderungen in Ihrem Terminplan Ihnen vorher nicht mitgeteilt worden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) dass Sie von einer Therapie zur anderen „hetzen“ mussten, weil Ihr Therapieplan zeitlich so knapp war?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

4. Ärztliche Betreuung	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a) Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärztin / der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Ärztin / der Arzt hat viel Wert darauf gelegt, die Ziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Ärztin / der Arzt nahm sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bemerkungen und Anregungen:

5. Betreuung durch Pflegekräfte	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a) Der Umfang der pflegerischen Betreuung war richtig für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Pflegekräfte haben mich genau informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bemerkungen und Anregungen:

6. Behandlungen, Beratungen Wie beurteilen Sie ...	Falls teilgenommen, Ihr Urteil:					nicht teilgenommen
	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht	
a) Krankengymnastik / Physiotherapie als Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Krankengymnastik in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditionstraining, MTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ergotherapie (z.B. Alltagstraining, motorisch-funktionelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bäder und Packungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Psychologie/Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Klinische Sozialarbeit/Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Diabetesberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Schulungen und Vorträge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Bemerkungen und Anregungen:

7. Behandlungsziele

7.a) Hat Ihr Arzt Ziele der Behandlung mit Ihnen vereinbart?
₁ ja ₂ nein

7.b) Falls ja, diese Ziele habe ich ...
₁ mehr als erreicht ₂ erreicht ₃ teilweise erreicht ₄ nicht erreicht
₅ noch nicht beurteilbar

8. Hat Ihnen die Behandlung bereits geholfen hinsichtlich ...	ja sehr	ja etwas	nein	betrifft mich nicht
a) Linderung der Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verbesserung der Stimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vorbereitung auf den häuslichen und/oder beruflichen Alltag?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4