

# Ihre Meinung ist uns wichtig!



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Angehörige,

Ihre Zufriedenheit liegt uns sehr am Herzen! Helfen Sie uns, durch Ihre Anregungen immer besser zu werden. Bitte füllen Sie den Fragebogen vor Ihrer Verlegung aus und werfen diesen in die dafür vorgesehenen "Ihre Meinung"-Briefkasten im Besucherraum ein.

**Anleitung:** Sie erhalten zu jeder Frage Felder zum Ankreuzen. **Bitte kreuzen Sie das Feld an, welches Ihre persönliche Einschätzung am besten beschreibt.**

**Anonymität:** Diese Befragung ist **anonym**. Die Fragebögen enthalten keine individuelle Kennung und werden von der Stabstelle Qualitätsmanagement ausgewertet. Die Ergebnisse dienen dem internen Verbesserungsprozess unseres Klinikums.

In welcher Abteilung unseres Klinikums waren Sie Patient\*in? (Bitte kreuzen Sie nur eine Klinik pro Aufenthalt an)

## Fachabteilungen der Intensivstationen

- Medizinische Klinik B (Med. Intensivstation)     Klinik für Anästhesiologie u. operative Intensivmedizin (OI 07)     Klinik für Herzchirurgie (HZ 01)

## Angaben zu Ihrer Person



- Sie sind:     Patient\*in     Angehörige\*r
- Dauer Ihres Aufenthalts:     1 - 3 Tage     4 - 7 Tage     1 - 2 Wochen     länger als 2 Wochen
- Angabe zu Ihrem Alter:     unter 20 J.     20 – 59 J.     60 – 79 J.     80 und älter
- Angabe zu Ihrem Geschlecht:     weiblich     männlich     divers

War das für Sie die erste Erfahrung mit einer Intensivstation?     ja     nein

Waren Sie zum ersten Mal in unserem Klinikum?     ja     nein

Bitte treffen Sie zu folgenden Fragen eine Aussage, die Ihrer Meinung nach am besten zutrifft. (Bitte kreuzen Sie nur ein Feld an)

## Pflege



- |  |               |  |                 |  |
|--|---------------|--|-----------------|--|
| 1. Sind Sie zufrieden mit der pflegerischen Versorgung?                | ja, sehr      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 2. War jemand erreichbar, wenn Sie Hilfe vom Pflegepersonal brauchten? | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 3. Wurde Ihnen bei Schmerzen zeitnah geholfen?                         | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |

## Ärzt\*innen



- |   |               |  |                       |  |
|---|---------------|--|-----------------------|--|
| 4. Sind Sie zufrieden mit der ärztlichen Betreuung?                 | ja, sehr      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht       | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 5. Sind Sie über den aktuellen Verlauf ausreichend informiert?      | ja, trifft zu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 6. Fanden Informationsgespräche in einem angemessenen Rahmen statt? | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht       | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |

## Weitere Mitarbeiter\*innen (Physiotherapie, Dialyse, etc.)



|   |               |  |                       |  |
|---|---------------|--|-----------------------|--|
| 7. Wurden weitere Maßnahmen mit Ihnen abgesprochen?             | ja, trifft zu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 8. Fanden die Maßnahmen in einem angemessenen Zeitrahmen statt? | ja, trifft zu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 9. Wurde sich bemüht Ihre Intimsphäre zu wahren?                | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht       | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |

## Weitere Faktoren



|   |               |  |                 |  |
|---|---------------|--|-----------------|--|
| 10. Wurde Ihnen mit Respekt begegnet?                                     | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 11. Empfinden Sie die Ausstattung des Besucherraums als angemessen?       | ja, sehr      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 12. Empfinden Sie die offenen Besuchszeiten als angemessen?               | ja, sehr      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 13. Wurden Ihnen notwendige medizinische Maßnahmen mit Geräten erläutert? | ja, trifft zu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 14. Wurde sich bemüht Ihre Intimsphäre zu wahren?                         | ja, jederzeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |

Wenn Sie an Ihre Erfahrung mit unserer Intensivstation denken:

a) Was ist Ihnen positiv aufgefallen?

---

---

---

b) Was können wir aus Ihrer Sicht besser machen?

---

---

---

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben dienen als Grundlage der Qualitätsentwicklung in unserem Klinikum und sind daher sehr wertvoll.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Es kann vorkommen, dass Sie während Ihres Klinikaufenthalts nicht vollständig zufrieden sind. In diesem Fall bitten wir Sie, sich an die Mitarbeiter auf Ihrer Station zu wenden. Ebenso können Sie sich gern an die ehrenamtlich tätige Patientenführsprecherin oder an die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten wenden, die sich um Ihr Anliegen kümmern.

Patientenführsprecherin  
Susanne Herzog  
Telefon: 0621 503-2260

Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten  
Bianca Kautz  
Telefon: 0621 503-2388

Stabsstelle Qualitätsmanagement  
Antonie Ege  
Telefon: 0621 503-2021