

IHRE MEINUNG – UNSERE CHANCE

PATIENTENFRAGEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen ist unser Ziel. Dabei möchten wir uns stetig weiterentwickeln. Ihre Rückmeldung zu Ihrer Behandlung hilft uns dabei. Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung geben Sie uns die Chance, Ihre Erfahrungen und Bedürfnisse kennenzulernen und daraus für künftige Patientinnen und Patienten zu lernen.

Nehmen Sie bitte an der Befragung teil. Für Ihre Anregungen sind wir dankbar!

Zur Befragung gelangen sie direkt über Ihren Patiententerminal indem Sie auf der Startseite den Button „Befragung“ wählen. Oder Sie scannen den QR Code auf dem Fragebogen oder Sie nutzen die Online-Teilnahme mit Zugangsdaten oder Sie füllen den Papierfragebogen aus.

Die Datenerhebung ist freiwillig sowie anonym und ohne Personenbezug.

Bitte werfen Sie den Fragebogen am Ende Ihres Aufenthaltes in den Briefkasten, den Sie in der Eingangshalle oder auf jeder Ebene vorfinden. Gerne können Sie den Fragebogen auch auf Station abgeben.

Sie möchten eine **ausführliche Rückmeldung** zu Ihrem Aufenthalt bei uns abgeben? Dann schreiben Sie uns gerne:

E-Mail: mkr-standortsekretariat@medius-kliniken.de

Postanschrift: medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT, Hedelfinger Straße 166, 73760 Ostfildern-Ruit

mKR-897-1024

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!



Bitte wenden!

Vertrauen.Können

 **medius KLINIK**
OSTFILDERN-RUIT

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Ausfüllhinweise

Im Fragebogen sind bestimmte **Aussagen** aufgeführt, zu denen Sie Stellung nehmen sollen. Geben Sie bitte jeweils auf einer Skala von **1 bis 5** Ihre persönliche Einschätzung an. Beachten Sie dabei folgende Punkte:
 - Wenn Sie der Aussage **voll zustimmen**, so kreuzen Sie bitte die Ziffer **1** an.
 - Wenn Sie der Aussage **gar nicht zustimmen**, so kreuzen Sie bitte die Ziffer **5** an.
 - Die Ziffern **2 bis 4** bezeichnen Zwischenstufen Ihrer Ablehnung bzw. Zustimmung.

2. Allgemeine Angaben

- 2.1 Ich werde auf folgender Station behandelt:
- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Station B.15 | <input type="checkbox"/> Station B.23 | <input type="checkbox"/> Station B.24 |
| <input type="checkbox"/> Station B.26 | <input type="checkbox"/> Station C.27 | <input type="checkbox"/> Station D.18 |
| <input type="checkbox"/> Station D.25 | <input type="checkbox"/> Station E.0 | <input type="checkbox"/> Station E.1 |
| <input type="checkbox"/> Station E.2 | <input type="checkbox"/> Station E.3 | |

3. Angaben zum Aufenthalt in der Klinik

- | | | ↗ | ↖ | ↻ | ↘ | ↙ | |
|--|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| 3.1 Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung durch unsere Ärzte? | voll zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht zufrieden |
| 3.2 Wie zufrieden waren Sie mit unseren Pflegekräften? | voll zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht zufrieden |
| 3.3 Wie zufrieden waren Sie mit dem Zimmer? | voll zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht zufrieden |
| 3.4 Wie zufrieden waren Sie mit dem Essen? | voll zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht zufrieden |
| 3.5 Was können wir künftig noch besser machen? | | | | | | | |

- 3.6 Würden Sie uns weiterempfehlen? ja nein

