Sehr geehrte Damen und Herren,

Um die Qualität unserer Dienstleistungen stets zu verbessern, danken wir Ihnen, dass Sie uns Ihre Meinung über diesen Fragebogen mitteilen. Bevor Sie das Krankenhaus verlassen, bitten wir Sie, es in den dafür vorgesehenen Briefkasten zu werfen. Vielen Dank im Voraus.

Die Krankenhausleitung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dieser Fragebogen wird ausgefüllt: ❑ vom Patienten alleine ❑ einer Begleitperson des Patienten

❑ mit Hilfe einer Pflegekraft

* Alter des Patienten: \_\_\_\_\_ Jahre Geschlecht des Patienten: ❑ weiblich ❑ männlich ❑ Ich definiere mich anders
* Wussten Sie im Voraus, dass Sie ins Krankenhaus eingeliefert werden (geplanter Krankenhausaufenthalt)? ❑ Ja ❑ Nein
* Wurden Sie kurz vor Ihrem Krankenhausaufenthalt in der Notaufnahme behandelt? ❑ Ja ❑ Nein
* In welcher Art von Zimmer sind Sie stationär untergebracht? ❑ 1 Bett ❑ 2 Betten ❑ 3 Betten

War das Ihr Wunsch? ❑ Ja ❑ Nein

* Ist dies Ihr erster Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie? ❑ Ja ❑ Nein

Wenn nicht, kommen Sie wegen des gleichen Problems wieder? ❑ Ja ❑ Nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Bezug auf Ihre Erfahrungen während dieses Krankenhausaufenthalts bitten wir Sie, uns Ihre Bewertung zu jedem genannten Element auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden) mitzuteilen. Falls Sie nicht von der Äußerung betroffen sind, umkreisen sie bitte die Buchstaben NB (nicht betroffen).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sehr Sehr  unzufrieden zufrieden  ☹ 😐 ☺** | **Nicht betroffen** |
| * Zugang zum Krankenhaus (Beschilderung, Transport, Parken usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Die Betreuung in der Notaufnahme (falls Sie dort eingeliefert wurden) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Hilfestellung, damit Sie sich in Ihrem Zimmer gut einrichten konnten | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Informationen zum Ablauf Ihres Aufenthaltes | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Identifizierung der Personen, die Sie betreuen (Ausweis, Präsentation usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zuhören und Beantwortung Ihrer Fragen durch das Pflegepersonal | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Wahrnehmung der Qualität der Pflege | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Informationen zur Art der Betreuung und Untersuchungen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Schnelle Schmerzlinderung | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Bitte um Ihr Einverständnis während Ihres gesamten Aufenthalts | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Klare medizinische Erklärungen zu Ihrem Zustand und Ihrer Behandlung | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zuhören und Antworten auf Ihre Fragen durch die Ärzte | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Wahrnehmung der Qualität der medizinischen Versorgung | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Anpassung der Pflege an Ihre Situation und Ihren Gesundheitszustand | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Betreuung (Pflegequalität, Erläuterungen, Kontakt etc.) von: |  | NB |
| * der/die Physiotherapeut(en) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * der/die Ergotherapeut(en) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * der/die Logopäden | 1 2 3 4 5 | NB |
| * der/die Psychologen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * der/die Erzieher | 1 2 3 4 5 | NB |
| * der Ernährungsberater | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachleuten, um Sie gut zu betreuen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Globale Betreuung bei Ihren Gesundheitsproblemen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Informationen zur medikamentösen Behandlung | 1 2 3 4 5 | NB |
|  | **Sehr Sehr  unzufrieden zufrieden  ☹ 😐 ☺** | **Nicht betroffen** |
| * Konsistenz der von den verschiedenen Fachleuten erhaltenen Informationen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erhaltene Informationen: - über die internen Vorschriften der Abteilung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - über Ihre Rechte und Pflichten als Patient | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erhaltene Informationen im Falle einer Verspätung (Arzt, Krankenschwester, Termin) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Gefühl dass Ihre persönlichen Daten vertraulich bleiben | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Aussehen und Komfort Ihres Zimmers (Bett, Sanitäranlagen, Sessel, TV, WLAN usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Sauberkeit und Wartung Ihres Zimmers während Ihres Aufenthalts | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Mahlzeiten (Qualität, Quantität, Präsentation usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Nächtliche Stille in der Abteilung | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Platz zum Entspannen und/oder Spazierengehen außerhalb Ihres Zimmers | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Vielfalt der angebotenen Aktivitäten | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Gemeinschaftsleben in der Abteilung mit anderen Patienten | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Respekt Ihrer Privatsphäre und Bescheidenheit | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Respekt Ihren persönlichen, philosophischen oder religiösen Überzeugungen | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zuhören, Hilfe und Unterstützung durch den Sozialdienst, falls beansprucht | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zuhören und Kontakt mit Freiwilligen, falls beansprucht | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Gefühl der Sicherheit in der Abteilung | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Für Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus erhaltene Informationen zu: |  | NB |
| * Einnahme von Medikamenten, Behandlung,… | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Verschreibungen/Rezepte, neue Termine,… | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Ratschläge für die Zukunft, mögliche Hilfe,… | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Organisation Ihres Ausflugs in Zusammenarbeit mit der Abtielung im Hinblick auf Ihre Rückkehr nach Hause oder zu einer anderen Institution | 1 2 3 4 5 | NB |

**GLOBALE BEWERTUNG:**

* Wie sind Sie im im Allgemeinen mit Ihrem **Aufenthalt im Krankenhaus zufrieden?**

❑ ☹ Sehr unzufrieden ❑ Ziemlich unzufrieden ❑ Neutral ❑ Ziemlich zufrieden ❑ Sehr zufrieden ☺

* Falls nötig, würden Sie **die Abteilung, in der Sie stationär aufgenommen wurden,** Angehörigen weiterempfehlen?

❑ ☹ Sicherlich nicht ❑ Wahrscheinlich nicht ❑ Neutral ❑ Wahrscheinlich ❑ Sicherlich ☺

* Wie haben die verschiedenen erhaltenen Behandlungen dazu beigetragen, dass **Sie sich gegenwärtig fühlen?**

❑ ☹ Viel weniger gut ❑ Etwas weniger gut ❑ Gleich ❑ Etwas besser ❑ Viel besser ☺

* Fühlten Sie sich von den Mitarbeitern als **echter Partner** in Ihrer Pflege wahrgenommen?

❑ ☹ Auf keinen Fall ❑ Eher nicht ❑ Neutral ❑ Eher ja ❑ Auf jeden Fall ☺

**IHRE ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS**

* Wie lange dauerte Ihr gesamter Krankenhausaufenthalt? +/- ……. Tage
* Wie empfinden Sie die Entlassung aus der Klinik? ❑ Zu früh ❑ Im richtigen Moment ❑ Zu spät
* Durften Sie Ihre Meinung zu dem Zeitpunkt Ihrer Entlassung äußert? ❑ Ja ❑ Nein
* Wegen welcher Art von Problem wurden Sie ins Krankenhaus eingeliefert? (Sie können **mehr als eine Antwort ankreuzen**):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Sucht/Entzug | ❑ Psychotische Störungen | ❑ Angstdepressive Störungen |
| ❑ Stimmungs-/Verhaltensstörungen | ❑ Selbstmordversuch | ❑ Andere : ……………………...……….. |

* Haben Sie Kommentare oder Vorschläge zu Ihrem Aufenthalt oder zur Verbesserung der angebotenen Betreuung?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

© Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, diesen Fragebogen zu beantworten!** *Alle Rechte vorbehalten* [*www.bsm-management.be*](http://www.bsm-management.be)