*Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,*

*Sie sind aufgrund bestimmter Umstände in unsere Tagesklinik gekommen. Es ist uns sehr wichtig, nach Ende Ihres Aufenthalts Ihre Meinung zu erfahren, um die Qualität unserer Dienstleistung zu verbessen. Wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie an dieser Umfrage teilnehmen würden.*

 *Die Krankenhausleitung*

* Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

❑ Der Patientin/dem Patienten ❑ Einem Angehörigen der Patientin/des Patienten ❑ Beiden zusammen

* Alter der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_ Jahre. Geschlecht: ❑ Weiblich ❑ Männlich ❑ Anderes

* Ungefähre Dauer zwischen der Terminvereinbarung und dem Tag der Behandlung / des Eingriffs: ………. Tag(e)
* Halten Sie diese Dauer für angemessen? ❑ Ja ❑ Nein ❑ Nicht zutreffend

* Warum haben Sie diese Tagesklinik gewählt? (Sie können **mehrere Antworten** auf diese Frage geben):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Ruf des Krankenhauses oder Abteilung | ❑ Nähe zum Krankenhaus | ❑ Rat Ihres Hausarztes |
| ❑ Ruf eines Krankenhausarztes | ❑ Aus Gewohnheit | ❑ Rat eines Facharztes |
| ❑ Zufriedenstellende Vorerfahrung | ❑ Im Rahmen meiner Behandlung | ❑ Rat von eines Nahestehenden (Familie, Freund,…) |
| ❑ Vertrauen in die Qualität der Pflege | ❑ Nach einem Krankenhausaufenthalt hier | ❑ Anderes: …………………………. |

* Was für eine Art Zimmer hatten Sie? ❑ Zimmer mit 1 Bett ❑ Zimmer mit 2 Betten ❑ Zimmer mit Sesseln
* War das der gewünscht Zimmertyp? ❑ Ja ❑ Nein ❑ Kein Wunsch angegeben
* Was war der Grund für diesen Besuch in der Tagesklinikeines: ❑ Eine chirurgischer Eingriff (Operation)

 ❑ Eine medizinisch Behandlung oder Untersuchung

* Wissen Sie welche Art?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Orthopädische Operation | ❑ Urologische Chirurgie | ❑ Gastroskopie/Koloskopie mit oder ohne Anästhesie |
| ❑ Handchirurgie | ❑ Plastische Chirurgie | ❑ Gastroenterologie (medizinische Behandlung) |
| ❑ Augenchirurgie (Augen) | ❑ Senologie (Brüste) | ❑ Onkologie / Chemotherapie / Immuntherapie |
| ❑ HNO-Chirurgie (Hals, Nase, Ohr) | ❑ Algologie (Schmerz) | ❑ Transfusion / Hämatologie |
| ❑ Herz-Kreislauf-Chirurgie | ❑ Portkatheter | ❑ Neurologie (Lumbalpunktion, Kortison etc.) |
| ❑ Verdauungs-/Bauchchirurgie | ❑ Stomatologie (Zähne) | ❑ Pneumologie (Hyposensibilisierung etc.) |
| ❑ Gynäkologische Chirurgie | ❑ Rheumatologie | ❑ Kardiologie (Koronarangiographie etc.) |
| ❑ Andere: ……………………………… |

* Haben Sie im Falle einer persönlichen medikamentösen Behandlung diese mit dem Anästhesisten und/oder Arzt zur Vorbereitung des Eingriffs besprochen? ❑ Ja ❑ Nein ❑ Nicht betroffen

*Im Folgenden bitten wir Sie, uns zu schildern, wie sich das Krankenhauspersonal während dieses Aufenthalts Ihnen gegenüber verhalten hat. Dabei sollten Sie die Häufigkeit der Aussagen, die Sie betreffen, so gut wie möglich von „nie“ bis „immer“ angeben*.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONEN UND EINSTELLUNG DES PERSONALS** | Nie | Manchmal | Oft | Immer | Nicht betroffen |
| Krankenhauspersonal (insgesamt): |
| * Stellte sich Ihnen vor, indem sie Ihnen seinen Namen (oder Vornamen) und seine Position im Krankenhaus nannte
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat Ihren Namen, Vornamen, Ihr Geburtsdatum und/oder Ihr Erkennungsarmband während der Pflege, Untersuchungen und/oder Verlegung überprüft
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * War höflich und zuvorkommend
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat Sie klar und deutlich darüber informiert, woraus die durchgeführten Pflege-, Behandlungs-, Interventions- und/oder Untersuchungsmaßnahmen bestanden und welche Folgen oder damit verbundenen Risiken sie hatten
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Nahm sich die Zeit, Ihnen aufmerksam zuzuhören
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Konzentriert sich darauf, Ihre Schmerzen global zu lindern
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat darauf geachtet, Sie in die Sie betreffenden Entscheidungen (Behandlung, Pflege usw.) einzubeziehen.
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Informierte Sie im Falle einer Verzögerung (für die Behandlung, Untersuchung, Termin, etc.)
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

*Bezüglich dieses Besuchs im Krankenhaus bitten wir Sie, jeden Vorschlag auf einer Skala von 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden zu bewerten. Wenn Sie von dem betrachteten Aspekt nicht betroffen waren, bitten wir Sie, den Buchstaben NB (= Nicht betroffen) einzukreisen.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sehr Sehr unzufrieden zufrieden** ☹ 😐 ☺ | Nicht betroffen |
| **VORHER: Zeitraum vor dem Aufenthalt auf der Tagesklinik oder vor dem Eingriff** |
| - Einfache Terminvereinbarung in der Tagesklinik | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zur Organisation (Zeit, Ort, mitzunehmende Dokumente, usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zu den Vorsichtsmaßnahmen, die für die Behandlung oder den Eingriff zu beachten sind (Fasten, einzunehmende oder abzusetzende Medikamente, Hygienemaßnahmen, usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zu finanziellen Konditionen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zum Ablauf des Aufenthalts in der Tagesklinik | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zur Art der Behandlung oder Intervention | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zu erwarteten Nebenwirkungen/postoperativen Auswirkungen | 1 2 3 4 5 | NB |
| **WÄHREND: Tag der Operation, Behandlung oder Untersuchung** |
| - Anfahrt zur Tagesklinik (Straße, Parkplatz, Lage und Orientierung im Krankenhaus, usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Hilfsbereitschaft des Personals bei der Anmeldung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Willkommen bei Ihrer Ankunft auf der Pflegestation | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Wartezeit vor Ihrer Operation, Behandlung oder Untersuchung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Komfort und Ausstattung des Zimmers | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Servierte Mahlzeit oder Snack | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Respekt Ihrer Privatsphäre und Bescheidenheit | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Umfassendes Management Ihrer gesundheitlichen Probleme durch das Gesundheitspersonal | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Wahrnehmung der Qualität der medizinischen/chirurgischen Versorgung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Kommunikation mit dem medizinischen Personal | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Wahrnehmung der Qualität der Pflege | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Kommunikation mit dem Pflegepersonal | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Pflege im Operationssaal oder Untersuchungsraum, falls zutreffend | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Kohärenz der von den verschiedenen Gesundheitspersonal erhaltenen Informationen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Möglichkeit des Ausruhens nach der Behandlung oder dem Eingriff | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Gegebene Informationen an Begleitpersonen/Angehörige | 1 2 3 4 5 | NB |
| **DANACH: Für Ihre Rückkehr nach Hause** |
| - Informationen nach der Behandlung oder nach der Operation (Verbände, Medikamente, Pflege, besondere Vorsichtsmaßnahmen, ärztliches Attest, Ernährung usw. ) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zur Schmerzbehandlung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zu Nebenwirkungen der Behandlung oder Intervention | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Kontakt mit medizinischem oder pflegerischem Personal vor Ihrer Rückkehr | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Wartezeit bis zur Genehmigung, das Krankenhaus zu verlassen | 1 2 3 4 5 | NB |

**GLOBALE BEWERTUNG:**

* Wie zufrieden sind Sie insgesamt **mit Ihrem Aufenthalt in dieser Tagesklinik**?

❑ ☹ Sehr unzufrieden ❑ Unzufrieden ❑ Neutral ❑ Zufrieden ❑ Sehr zufrieden ☺

* Würden Sie **diesen Tagesklinik** einer nahestehenden Person **weiterempfehlen** (Familie, Freunden usw.)?

 ❑ ☹ Keinesfalls ❑ Wahrscheinlich nicht ❑ Neutral ❑ Wahrscheinlich ❑ Auf jeden Fall ☺

* Hatten Sie das Gefühl während Ihrer Behandlung vom Personal als **vollwertigen Partner** wahrgenommen zu werden?

❑ ☹ Überhaupt nicht. ❑ Eher nicht ❑ Neutral ❑ Einigermaßen ❑ Auf jeden Fall ☺

* Wie haben Sie Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus empfunden? ❑ Zu früh ❑ Zur richtigen Zeit ❑ Zu spät
* Haben Sie Kommentare / Vorschläge zu Ihrem Aufenthalt oder zur Verbesserung der angebotenen Dienstleistungen?

………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

©** Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens! *Alle Rechte vorbehalten* [*www.bsm-management.be*](http://www.bsm-management.be)