|  |  |
| --- | --- |
| **Zufriedenheitsumfrage -****CE1: ORTHOPÄDISCH CHIRURGIE** | LOGO-CHL |

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen am Ende Ihres Krankenhausaufenthaltes auszufüllen. In dem Bestreben einer ständigen qualitativen Verbesserung unserer Dienste, und um besser auf die Bedürfnisse unserer Patienten eingehen zu können, ist es für uns von größtem Interesse, Ihre Bemerkungen und Anregungen zu kennen. Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür vorgesehenen Briefkasten neben den Aufzügen. Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre wertvolle Mitarbeit!

 Die Krankenhausleitung

* Dieser Fragebogen wird ausgefüllt: ❑ Vom Patienten ❑ Einer Begleitperson des Patienten ❑ Beiden gemeinsam
* Alter des Patienten: …….Jahre Geschlecht des Patienten: ❑ Weiblich ❑ Männlich ❑ Sonstiges
* Weshalb haben Sie sich für das CHL entschieden? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ Der gute Ruf des Krankenhauses oder der Abteilung/Station | ❑ Für eine Rehospitalisierung/Wiederaufnahme |
| ❑ Der gute Ruf eines Arztes im Krankenhaus | ❑ Keine Wahl gehabt (Notaufnahme,…) |
| ❑ Zufriedenstellende vorherige Erfahrung | ❑ Auf Empfehlung Ihres Hausarztes |
| ❑ Vertrauen in die Qualität der Pflege | ❑ Auf Empfehlung eines externen Spezialisten |
| ❑ Nähe zum Krankenhaus | ❑ Auf Anraten eines Bekannten (Familie, Freund,…) |
| ❑ Folgend einer Sprechstunde im Krankenhaus | ❑ Sonstiges : ………………………………….. |

* Wann hat Ihr Krankenhausaufenthalt begonnen? ❑ Unter der Woche ❑ Am Wochenende oder an einem Feiertag
* War Ihr Krankenhausaufenthalt im Voraus geplant? ❑ Ja ❑ Nein
* Hat man Sie sofort nach den Aufnahmeformalitäten in Ihrem Patientenzimmer untergebracht? ❑ Ja ❑ Nein
* In welcher Art von Zimmer waren Sie hauptsächlich untergebracht? ❑ 1 Bett ❑ 2 Betten
* War diese Art von Zimmer Ihr Wunsch? ❑ Ja ❑ Nein
* Ist innerhalb der ersten 24 Stunden Ihres Aufenthaltes der/die pflegerische Dienstleiter/in oder die Vertretung

bei Ihnen gewesen? ❑ Ja ❑ Nein

* Ist innerhalb der ersten 24 Stunden Ihres Aufenthaltes ein Arzt bei Ihnen gewesen? ❑ Ja ❑ Nein
* Wurden Sie während Ihres Aufenthaltes operiert (chirurgischer Eingriff)? ❑ Ja ❑ Nein
* Haben Sie Informationen bezüglich Ihrer Rechte und Pflichten als Patient erhalten? ❑ Ja ❑ Nein
* Wie lange dauerte Ihr Krankenhausaufenthalt insgesamt? ………. Tage

*Untenstehend möchten wir Sie bitten, einzuschätzen, wie das Personal sich während Ihres Aufenthaltes Ihnen gegenüber verhalten hat, indem Sie von „nie“ bis „immer“ die entsprechende Behauptung bewerten.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONEN UND HALTUNG DES PERSONALS** | Nie | Manchmal | Oft | Immer | Nicht betroffen |
| Das Krankenhauspersonal (im Allgemeinen): |
| * Hat sich Ihnen mit Namen (oder Vornamen) sowie Funktion im Krankenhaus vorgestellt
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat vor der Pflege, Untersuchung oder einem Transfer Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum und/oder Ihr Patientenarmband überprüft
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Ist freundlich und höflich
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat Ihnen verständliche Informationen über die Art der Pflege, der Behandlung, des Eingriffs und/oder durchgeführte Untersuchung sowie die eventuellen Folgen oder die damit verbundenen Risiken gegeben
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat sich die Zeit genommen Ihnen aufmerksam zuzuhören
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat Ihre Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand beantwortet
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * War bemüht, Ihre Schmerzen schnellstens zu lindern
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat darauf geachtet, Sie in Entscheidungen mit einzubeziehen (Behandlung, Pflege,…)
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat auf Ihre Privat - und Intimsphäre geachtet
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat Sie im Falle einer Verspätung informiert (für eine Behandlung, eine Untersuchung, einen Termin, ...)
 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

*Auf der Rückseite finden Sie eine Reihe von Äußerungen, die verschiedenen Aspekten Ihres Krankenhausaufenthaltes entsprechen. Im Bezug auf Ihren Aufenthalt in unserem Krankenhaus möchten wir Sie bitten, die untenstehenden Äußerungen von 1 bis 5 zu bewerten, indem Sie die entsprechende Zahl umkreisen (von* ***1 = sehr unzufrieden*** *bis* ***5 = sehr zufrieden****). Falls Sie nicht von der Äußerung betroffen sind, umkreisen sie bitte die Buchstaben NB (nicht betroffen).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sehr Sehrunzufrieden zufrieden**☹ **😐** ☺ | **Nicht betroffen** |
| **IHRE ANKUNFT IM KRANKENHAUS:** |
| * Erhaltene Information zur Vorbereitung auf Ihren Krankenhausaufenthalt
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Die Betreuung in der Notaufnahme (falls Sie dort eingeliefert wurden)
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Die Hilfsbereitschaft des Verwaltungspersonals bei der Aufnahme
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erhaltene Information zu den administrativen Formalitäten und den Kosten
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Orientierung im Krankenhaus (Beschilderung)
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| **WÄHREND IHRES KRANKENHAUSAUFENTHALTES:** |
| * Empfang auf der Station, während Ihrer Ankunft
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Informationen zum Ablauf Ihres Krankenhausaufenthaltes
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Die Verfügbarkeit des Pflegepersonals Ihnen gegenüber
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Wahrnehmung der Qualität der pflegerischen Behandlung
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Informationen zur Art der Pflege, Untersuchungen und Behandlung
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Übereinstimmung der Information, die Sie von den verschiedenen Berufsgruppen erhalten haben
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Ausreichende Verfügbarkeit des/der Arztes/Ärzte
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Klare und verständliche Erklärungen von den Ärzten zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Behandlung
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Wahrnehmung der Qualität der medizinischen Behandlung
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Ganzheitliche Behandlung Ihrer gesundheitlichen Probleme
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, um Sie gut zu versorgen
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Organisation der Pflege und Untersuchungen außerhalb Ihres Zimmers
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Betreuung im Operationssaal (falls Sie einen chirurgischen Eingriff hatten)
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Betreuung in der Intensiveinheit (falls Sie dort waren)
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erfahrung im Falle eines Transfers zwischen Abteilungen und/oder Standorten
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erscheinungsbild und Komfort Ihres Zimmers (Bett, Sessel, Sanitäranlagen, …)
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Sauberkeit und Unterhalt Ihres Zimmers während Ihres Aufenthaltes
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Angebotene Mahlzeiten
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| **VORBEREITUNG AUF IHRE ENTLASSUNG:** |
| * Die Organisation Ihrer Entlassung (nach Hause oder in eine andere Institution) mit den verschiedenen Referenten
 | 1 2 3 4 5 | NB |
| * Erhaltene Informationen für die Entlassung bezüglich:
* der Medikamenteneinnahme, der weiteren Behandlung und deren mögliche Anpassungen
* ärztlicher Verordnungen, ärztlicher Verschreibungen, Folgetermine, …
* Ratschläge für den weiteren Verlauf, mögliche Hilfen, …
 | 1 2 3 4 51 2 3 4 51 2 3 4 5 | NBNBNB |
| Die Informationen über Ihre medikamentöse Behandlung bei der Entlassung wurden Ihnen zur Verfügung gestellt von: ❑ Einem Arzt ❑ Einem/einer Krankenpfleger/in ❑ Einem/einer Apotheker/in ❑ Andere: …………………………… |

**ALLGEMEINE BEWERTUNG:**

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

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

* Würden Sie **die Station**, wo Sie hospitalisiert waren, an Bekannte (Familie, Freunde) **weiterempfehlen**?

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

* Hatten Sie das Gefühl, dass Sie während Ihrer Behandlung vom Personal als **vollwertigen Partner** wahrgenommen wurden?

❑ ☹ Gar nicht ❑ Eher nicht ❑ Neutral ❑ Eher ja ❑ Vollkommen ☺

**IHRE ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS**

* Wie empfinden Sie die Entlassung aus dem Krankenhaus? ❑ Zu schnell ❑ Im richtigen Moment ❑ Zu spät
* Haben Sie eventuelle Bemerkungen oder Empfehlungen zu Ihrem Aufenthalt oder zur Verbesserung der angebotenen Dienste?

................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

© ** Wir danken Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu beantworten! Alle Rechte vorbehalten[*www.bsm-management.be*](http://www.bsm-management.be)