|  |  |
| --- | --- |
| **Zufriedenheitsumfrage – MATERNITE: U74** |  |

*Sehr geehrte Dame,*

Um die Qualität unserer Leistungen stets zu verbessern, laden wir Sie ein, uns am Ende Ihres Aufenthalts auf der Entbindungsstation über diesen anonymen Fragebogen Ihre Meinung mitzuteilen. Vor Verlassen der Einrichtung bitten wir Sie, diese in den dafür vorgesehenen Briefkasten einzuwerfen. Wir danken Ihnen im Voraus.

*Die Krankenhausleitung*

**SIE, IHRE SCHWANGERSCHAFT UND IHRE VORBEREITUNG AUF DIE GEBURT**

* Wie alt sind Sie? …..... Jahre Handelt es sich um Ihr erstes Kind? ❑ Ja ❑ Nein
* Wo fanden Ihre Konsultationen zur Schwangerschaftsbetreuung hauptsächlich statt?

❑ Im Krankenhaus ❑ In einer Privatpraxis ❑ Sonstiges: ……………………………………..

* Haben Sie an vom Krankenhaus organisierten vorgeburtlichen Informationsveranstaltungen teilgenommen?

❑ Ja ❑ Nein

Wenn nicht, warum nicht? ❑ Ich wurde nicht informiert ❑ Bereits gut informiert ❑ Uninteressante Themen ❑ Keine Fahrgelegenheit ❑ Ungünstige Uhrzeiten ❑ Sonstiges: ………………

* Haben Sie an Geburtsvorbereitungskursen teilgenommen? ❑ Ja, im Krankenhaus ❑ Ja, anderswo ❑ Nein

***In Bezug auf Ihre Erfahrung 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).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WÄHREND IHRER SCHWANGERSCHAFT:** | **Sehr Sehr  unzufrieden zufrieden**  ☹ 😐 ☺ | Nicht betroffen |
| - Die Sprechstunden bei Ihrem Gynäkologen/Ihrer Gynäkologin | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Hebammensprechstunden im Krankenhauses | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen auf der Maternité Website und in der Broschüre | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Vorbereitung auf die Geburt, falls im Krankenhaus durchgeführt | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Informationen zu den finanziellen Aspekten Ihres Krankenhausaufenthaltes | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Praktischen Informationen zum anstehenden Krankenhausaufenthalt | 1 2 3 4 5 | NB |

**IHRE GEBURT**

* War diese Entbindung: ❑ spontan (nicht provoziert) ❑ induziert (provoziert)
* Wurde Ihr Baby per Kaiserschnitt geboren? ❑ Ja ❑ Nein Wenn ja, war es im Voraus geplant? ❑ Ja ❑ Nein
* Hatten Sie bei dieser Geburt eine Peridural-Anästhesie (PDA)? ❑ Ja ❑ Nein

Wartezeit zwischen der Anfrage der Peridural-Anästhesie und deren Verwirklichung:

❑ Weniger als 1 Stunde ❑ Zwischen 1 und 2 Stunden ❑ Mehr als 2 Stunden

Hat dies das Geburtserlebnis verbessert? ❑ Ja, auf jeden Fall ❑ Ja, ein bisschen ❑ Nein

* Haben Sie bei dieser Entbindung eine andere Methode zur Schmerzlinderung angewendet? ❑ Ja ❑ Nein

Wenn ja, welche? ❑ Entspannung ❑ Hypnose ❑ Unterstützung durch einen Fachmann oder Angehörigen ❑ Badewanne ❑ Ball ❑ Méopa (Gas) ❑ Andere : ……………..………..

Hat dies das Geburtserlebnis verbessert? ❑ Ja, auf jeden Fall ❑ Ja, ein bisschen ❑ Nein

* War Ihr Gynäkologe bei Ihrer Entbindung anwesend? ❑ Ja ❑ Nein
* Hatten Sie einen Geburtsplan? ❑ Ja ❑ Nein Wenn ja, konnte dieser respektiert werden? ❑ Ja ❑ Nein

Wenn nicht, warum wurde dieser nicht respektiert? .……………………….……………..……………………………………

* Konnten Sie Ihre Geburtsposition frei wählen? ❑ Ja ❑ Nein, Wahl verweigert ❑ Keine Wahl geäußert

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WÄHREND IHRES AUFENTHALTS IM KRANKENHAUS, IM KREISSAAL:** | **Sehr Sehr  unzufrieden zufrieden**  ☹ 😐 ☺ | Nicht betroffen |
| - Ihr Empfang und Betreuung durch die Hebammen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Aufmerksamkeit die Ihrer Begleitperson geschenkt wurde | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die während der Geburt erhaltene Informationen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die medizinische Betreuung durch den Gynäkologen/die Gynäkologin | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Betreuung durch den Anästhesisten, falls erforderlich | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Berücksichtigung Ihre Schmerzen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Berücksichtigung Ihre Intimsphäre und Schamgefühls | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Aufmerksamkeit, die Ihrem Einverständnis bei der durchgeführten Pflege gewidmet wird | 1 2 3 4 5 | NB |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IN DER GEBURTSTADTABTEILUNG NACH DER GEBURT:** | **Sehr Sehr  unzufrieden zufrieden**  ☹ 😐 ☺ | Nicht betroffen |
| - Ihr Empfang, das Ihres Babys und Ihrer Begleitperson | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Berücksichtigung Ihre Intimsphäre und Schamgefühls | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Verfügbarkeit von Pflegepersonal für Sie | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Betreuung Ihrer Schmerzen während Ihres Aufenthaltes | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die während des gesamten Aufenthalts erhaltene Informationen über den Tagesverlauf | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Sensibilität des Pflegepersonals für Ihre Bedürfnisse und die Ihres Babys | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die während des Aufenthalts erhaltenen Informationen über die Art der Pflege und Untersuchungen | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Der Respekt für die Wahl zur Ernährung Ihres Babys | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Unterstützung beim Stillen oder für die Flaschennahrung | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Konsistenz der erhaltenen Informationen zur Ernährung Ihres Babys | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Auf die Beteiligung der Begleitperson an der Betreuung des Babys wird geachtet | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Wahrnehmung der Qualität der Betreuung für Sie und Ihr Baby | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Bei Bedarf, die Verfügbarkeit des medizinischen Teams für Sie oder Ihr Baby | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Klarheit der erhaltenen medizinischen Informationen in Bezug auf:   * + die Entwicklung Ihres Gesundheitszustandes und möglicher Behandlungen   + die Entwicklung der Gesundheit Ihres Babys | 1 2 3 4 5  1 2 3 4 5 | NB |
| - Die erhaltenen Informationen zur Entlassung aus dem Krankenhaus (Beratung, Verschreibungen, Nachsorge) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Der Komfort und die Ausstattung des Zimmers für Sie und Ihr Baby | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Instandhaltung der Räumlichkeiten (Schlafzimmer, Flure, Küche, usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Die Ihnen servierten Mahlzeiten (Qualität, Quantität, Vielfalt usw.) | 1 2 3 4 5 | NB |
| - Organisation und Planung von Besuchszeiten | 1 2 3 4 5 | NB |

**GESAMTBEWERTUNG:**

* Wie sind Sie im Allgemeinen **mit Ihrem Aufenthalt in der Maternité zufrieden?**

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

* **Würden Sie die Maternité** an Bekannte (Familie, Freunde) **weiterempfehlen?**

❑ ☹ Sicher 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 ☺

* In welcher Zimmerkategorie haben Sie nach der Geburt übernachtet? ❑ Einzelzimmer ❑ Zweibettzimmer
* Ist Ihr Baby nach der Geburt in Ihrem Zimmer geblieben? ❑ Ja ❑ Nein
* Welche Art von Nahrung haben Sie für Ihr Baby gewählt? ❑ Muttermilch ❑ Künstliche Milch
* Wie lange dauerte Ihr Aufenthalt auf der Entbindungsstation nach der Geburt? .……. Tage
* Wie empfinden Sie die Entlassung aus dem Krankenhaus? ❑ Zu schnell ❑ Zur richtigen Zeit ❑ Zu spät

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 und/oder Eingriffen Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Ihr Identifikationsarmband überprüft | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| * Hat ein Identifikationsarmband am Handgelenk Ihres Babys angebracht und seine Identität bei der Pflege überprüft | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

* Haben Sie Kommentare oder Vorschläge zu Ihren Erfahrungen oder zur Verbesserung der angebotenen Dienstleistungen der Maternité?

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

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

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

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

©** 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)