

Patientenfragebogen

Ihre Meinung ist uns wichtig und hilft uns, uns weiterzuentwickeln.

Bitte füllen Sie dazu den nachfolgenden Fragebogen aus.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Unterstützung!



VINZENZKRANKENHAUS
HANNOVER

Angaben zu Ihrem Krankenhausaufenthalt:

Ich wurde behandelt auf Station: _____

Ich wurde ambulant behandelt:

Fachabteilung:

- Medizinische Klinik
- Chirurgie
- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- HNO
- Urologie
- EDH
- Zentrale Notaufnahme

- Zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum
- Zertifiziertes Blasenkrebszentrum
- Zertifiziertes Nierenkrebszentrum
- Zertifiziertes Darmkrebszentrum
- Zertifiziertes Brustkrebszentrum
- Zertifiziertes Endoprothetikzentrum
- Tagesklinik
- Geriatric

Angaben zu Ihrer Person: Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers

Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt:

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung am besten beschreibt. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, dann machen Sie bitte in der Spalte „keine Antwort“ ein Kreuz.

keine
Antwort

Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die Ärztinnen/Ärzte?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ▪ medizinische Betreuung | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ persönlicher Umgang | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Aufklärung/Information | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Freundlichkeit/Einfühlungsvermögen | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

Wie beurteilen Sie die pflegerische Versorgung?

- | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ▪ fachliche Betreuung durch das Pflegepersonal | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ persönlicher Umgang | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Aufklärung/Information | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Freundlichkeit/Einfühlungsvermögen | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

Wie zufrieden waren Sie mit

- | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ▪ dem Zimmer/der Zimmerausstattung? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ der Sauberkeit/Hygiene? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ der Verpflegung? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

Organisation im Krankenhaus

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ▪ Wie gut war das Aufnahmeverfahren? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Wartezeiten | keine | <input type="checkbox"/> | langes Warten | <input type="checkbox"/> |

Würden Sie unser Krankenhaus weiterempfehlen? ja nein, keinesfalls

Gibt es etwas, das Ihnen besonders gut gefallen hat oder etwas, das Sie besonders gestört hat?
