

Legende: 1= sehr gut; 2=gut; 3=befriedigend; 4=ausreichend; 5=mangelhaft; 6=ungenügend, kA = keine Angabe

Organisation, Unterbringung und Verpflegung

	1	2	3	4	5	6	kA
Aufnahmeprozess zur stationären / ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten vor medizinischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorgeangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit im Krankenhaus und Patientenzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschilderung und Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen (Geschmack, Portionsgröße, Auswahl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot in der Cafeteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbereitung auf meine Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5 6 kA

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Aufenthalt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Würden Sie unser Krankenhaus weiterempfehlen?

ja nein

weitere Anmerkungen:

Meine Kontaktdaten (freiwillig)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Gerne erhalte ich vom Verbundkrankenhaus Linz-Remagen Informationen per Email.

Sie können den Erhalt des Newsletters jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gemäß §13 Abs. 3 TMG formlos abbestellen: per E-Mail an qm@krankenhaus-linz.de oder postalisch Verbundkrankenhaus Linz-Remagen, Magdalena-Daemen-Str. 20, 53545 Linz am Rhein.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Verbundkrankenhaus
Linz-Remagen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um uns fortlaufend zu verbessern, möchten wir von Ihren Erfahrungen im Verbundkrankenhaus Linz-Remagen lernen.

Was können wir besser machen? Wo sehen Sie Verbesserungspotential?

Wir freuen uns, wenn Sie sich etwas Zeit nehmen, um uns Ihre Meinung durch Beantwortung dieses Fragebogens mitzuteilen.

Werfen Sie diese Meinungskarte in einen unserer Briefkästen.

Sie finden diese im Treppenhaus und im Eingangsbereich.



Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren in stationärer Behandlung in unserem Haus? ca. ___ Mal

Persönliche Angaben

Ich lag auf der Station: im Zimmer: stationär ambulant

Chirurgie Ambulantes Operieren Innere Medizin Schmerztherapie

Intensivmedizin Gynäkologie Palliativstation

Legende: 1 = sehr gut; 2=gut; 3=befriedigend; 4=ausreichend; 5=mangelhaft; 6=ungenügend, KA = keine Angabe

Medizinisch-pflegerische-therapeutische Versorgung

Medizinische Leistung der Ärzte 1 2 3 4 5 6 KA

Erklärungen zu meinem Medikamentenplan (Einnahme, Wirkung) 1 2 3 4 5 6 KA

Informationen zu meiner Operation / meinen Untersuchungen 1 2 3 4 5 6 KA

Informationen über mögliche Narkoseverfahren 1 2 3 4 5 6 KA

Behandlung meiner Schmerzen 1 2 3 4 5 6 KA

Betreuung und Versorgung durch das Pflegepersonal 1 2 3 4 5 6 KA

Behandlung durch die Krankengymnastik (Übungen, Behandlungsplan, etc.) 1 2 3 4 5 6 KA

Information und Kommunikation

Kenntnis meiner/s Vorgeschichte/Krankheitsverlaufes an allen relevanten Stellen 1 2 3 4 5 6 KA

Informationsaustausch zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal 1 2 3 4 5 6 KA

Beantwortung meiner Fragen durch einen Arzt 1 2 3 4 5 6 KA

Beantwortung meiner Fragen durch das Pflegepersonal 1 2 3 4 5 6 KA

Informationen über die nächsten Schritte meiner Behandlung 1 2 3 4 5 6 KA

Freundlichkeit und Zuverlässigkeit des Personals 1 2 3 4 5 6 KA