

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Meinung ist uns wichtig, damit wir Ihnen den Aufenthalt in unserem Krankenhaus so angenehm wie möglich gestalten können.

Bitte teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen auf dem folgenden Fragebogen mit und unterstützen Sie uns dabei, unser Leistungsangebot weiter zu verbessern.

Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym ausgewertet.

Wünschen Sie eine Rückmeldung von uns?

ja nein

Name/Adresse/Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe):

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Sie können den ausgefüllten Fragebogen in einen „Lob & Tadel“ **Briefkasten** auf den Fluren vor den Stationen einwerfen oder im Eingangsbereich an der Rezeption bzw. beim Personal abgeben.

Beschwerdemanagement



Ihre Meinung ist uns wichtig!

Bitte bewerten Sie ...

Allgemeine Angaben

Ich war Patient*in im Krankenhaus

- Steinfurt Emsdetten
 stationär auf der Station/Zimmer _____
 ambulant

Hier wurde ich behandelt:

- Interdisziplinäre Notfallmedizin/Notaufnahme

Klinik für Innere Medizin

- Allg. Innere Medizin und Nephrologie
 Geriatrie und Frührehabilitation
 Gastroenterologie Neurologie
 Herz-Kreislauf-Medizin

Klinik für Chirurgie -

Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

- Unfallchirurgie Handchirurgie
 Orthopädie
 Wirbelsäulenchirurgie

Klinik für Chirurgie - Allgemein- und Viszeralchirurgie

- Allg.- und Viszeralchirurgie

Klinik für Chirurgie - Gefäßchirurgie

- Gefäßchirurgie

Zentren

- Darmzentrum Endoprothetikzentrum
 Gefäßzentrum
 Psychosomatik
 Sonstige

- Ich war Besucher*in

Insgesamt kann ich das Haus weiterempfehlen

- ja nein

Ihre Bewertung

Bitte bewerten Sie ...

		zufrieden	weniger zufrieden	unzu- frieden	keine Angaben
1	die Information zu Ihrer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	die pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	die Erreichbarkeit der Pflege (zeitlich, gewünschter Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	die ärztlichen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	die Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes (zeitlich, gewünschte*r Ansprechpartner*in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	die Umgangsform/Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	die Qualität der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	die Sauberkeit des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	die Organisation und den Ablauf Ihrer Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	die Information über Hilfen im Alltag (z.B. Pflege Zuhause, Reha-Klinik oder anderes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	das Entlassungsgespräch mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>