

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können uns helfen, immer besser zu werden. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schildern uns anhand des Fragebogens Ihre persönlichen Eindrücke von unserer Klinik. Durch Ihre Mithilfe, konstruktive Kritik und Anregungen werden wir immer bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung in unserer Fachklinik schaffen können. Reicht Ihnen der vorgesehene Raum für Ihre Anmerkungen nicht aus, benutzen Sie bitte ein Zusatzblatt.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrer Abreise an der Rezeption oder in einem der dafür vorgesehenen Briefkästen ab. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit ein herzliches Dankeschön!

Ihre Klinikleitung



**Fachklinik
Bad Heilbrunn**



1.a) In welcher Abteilung werden Sie behandelt?

- ₁ Orthopädie/Unfallchirurgie ₂ Neurologie
₃ Diabeteszentrum/Innere Medizin/Kardiologie ₄ Transplantationsnachsorge/Nephrologie

1.b) Wo sind Sie untergebracht? ₁ Haus 1 ₂ Haus 2 ₃ Haus 3 ₄ Haus 4

1.c) Wann fand die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?

- ₁ am Aufnahmetag ₂ am 2. Tag ₃ nach dem 2. Tag

**2. Service und Komfort:
Wie beurteilen Sie ...**

	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
a) die Aufnahmeabteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Rezeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) den Empfang auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) das Leitsystem/die Wegweiser in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) die Organisation in der Klinik (z. B. Therapieablauf, Informationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) die Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) die Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) die Sauberkeit Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) das Essen/die Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) den Service im Speisesaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) das Freizeitangebot im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) die Atmosphäre in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Bemerkungen und Anregungen

3. Therapieablauf: Wie häufig kam es vor, ...	nie	selten (höchstens 1x/ Woche)	manchmal (höchstens 2x/ Woche)	häufig (mehr als 2x/ Woche)	fast immer (war die Regel)
a) dass Therapien ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dass sich Behandlungstermine überschritten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dass Änderungen in Ihrem Terminplan Ihnen nicht mitgeteilt worden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dass Sie von einer Therapie zur anderen „hetzen“ mussten, weil Ihr Therapieplan zeitlich so knapp war?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Ärztliche Betreuung	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
a) Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärztin/der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich denke, die Ärztin/der Arzt hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Ärztin/der Arzt nahm sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Behandlungsziele

- a) Hat Ihr Arzt Ziele der Behandlung mit Ihnen vereinbart?
₁ ja ₂ nein
- b) Falls ja, diese Ziele habe ich ...
₁ mehr als erreicht ₂ erreicht ₃ teilweise erreicht ₄ nicht erreicht

6. Psychologie

- a) Hatten Sie mit Diplom-Psychologen ein oder mehrere Einzelgespräche bzw. -behandlungen?
₁ ja ₂ nein
- b) Falls ja, wie beurteilen Sie die Psychologie?
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht
- c) Haben Sie an der Progressiven Muskelentspannung oder am Autogenen Training teilgenommen?
₁ ja ₂ nein
- b) Falls ja, wie beurteilen Sie diese Entspannungstherapien?
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

7. Betreuung durch Pflegekräfte	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
a) Der Umfang der pflegerischen Betreuung war richtig für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Pflegekräfte haben mich genau informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. Haben Sie folgende Behandlungen erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Physiotherapie (Krankengymnastik) einzeln und/oder in der Gruppe (z. B. Übungen für das Bewegungssystem, Muskelaufbautraining, Therapie im Bewegungsbad):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

b) Sport- und Bewegungstherapie (z. B. MTT, Ergometertraining, Nordic-Walking):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

c) Physikalische Anwendungen (z. B. Massagen, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Wickel):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie waren →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

d) Ergotherapie (z. B. Erprobung von Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags, Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln, wie z. B. Greifhilfen, Gehhilfen, Prothesen):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

e) Sprachtherapie (Logopädie):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

Bemerkungen und Anregungen

9. Haben Sie folgende Beratungen erhalten? Und falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Sozialberatung durch den Klinischen Sozialdienst (Fragen der Rückkehr zur Arbeit, rechtliche Dinge):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

b) Ernährungsberatung (Einzelberatung, Lehrkochen):

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

c) Diabetesberatung, Diabetesschulung:

₀ nein, nicht erhalten ja, und sie war →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

d) Schulungen und Vorträge (z. B. zu den Themen Ernährung, Stress, Schmerz, Bewegung)?

₀ nein, nicht teilgenommen ja, und sie waren →
₁ sehr gut ₂ gut ₃ teils, teils ₄ schlecht ₅ sehr schlecht

10. Hat Ihnen die Behandlung geholfen hinsichtlich ...	ja, sehr	ja, etwas	nein	betrifft mich nicht
a) Linderung der Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verbesserung des seelischen Wohlbefindens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vorbereitung auf den häuslichen Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vorbereitung auf den beruflichen Alltag?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

11. Gesamtwertung

- a) Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?
₁ sehr zufrieden ₂ weitgehend zufrieden ₃ leicht unzufrieden ₄ ziemlich unzufrieden
- b) Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?
₁ eindeutig ja ₂ ich glaube ja ₃ ich glaube nicht ₄ eindeutig nicht
- c) Was hat Ihnen in unserer Klinik besonders gut gefallen?
- d) Was sollten wir Ihrer Meinung nach verbessern?

12. Umgang mit größeren Problemen

- a) Gab es während Ihres Klinikaufenthaltes größere Probleme oder haben Sie sich während des Klinikaufenthaltes über etwas geärgert?
₁ ja ₂ nein -> bitte weiter mit Frage 13!
- b) Welche Probleme gab es bzw. worüber haben Sie sich geärgert?
- c) Haben Sie das Problem/Ärgernis angesprochen? ₁ ja ₂ nein -> bitte weiter mit Frage 13!
- d) Finden Sie, dass mit Ihrem Anliegen in einer für Sie befriedigenden Weise umgegangen wurde?
₁ ja, völlig ₂ einigermaßen ₃ nein

13. Fragen für die Statistik

- a) Ihr Geschlecht ₁ weiblich ₂ männlich
- b) Ihr Alter _____ Jahre
- c) Welcher Art ist Ihr Klinikaufenthalt?
₁ Anschlussheilbehandlung (AHB) ₂ Rehabilitation/Heilverfahren ₃ BGSW-Verfahren

Freiwillige Angaben (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name: _____

Zimmer: _____