



UKM MHS

Marienhospital Steinfurt GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Qualitäts- und Risikomanagement



Ihre Meinung ist uns wichtig!

Bitte bewerten Sie

Einführung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich fünf Minuten Zeit nehmen, um uns Feedback zu geben! Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und wird anonym behandelt. Wir gehen mit Ihren persönlichen Daten vertraulich um.

Uns interessiert Ihr Gesamteindruck zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt. Dazu stellen wir Fragen zu verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung.

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Dabei bedeutet 1 die beste Bewertung und 6 die schlechteste Bewertung.

Für eine Online-Ausgabe des Fragebogens scannen Sie den QR-Code oder besuchen unsere Internetseite



<https://ukm-mhs.de/patienten-besucher/lob-und-beschwerde-management/patientinnenbefragung>. Dort finden Sie auch Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten gemäß Artikel 13 und 14 EU-DSGVO (EU Datenschutzgrundverordnung).

Impressum

Herausgeber: UKM Marienhospital Steinfurt GmbH, Unternehmenskommunikation

T +49 (0)2552 79-1594, unternehmenskommunikation@ukm-mhs.de

Foto Titelseite: © Kim Schneider - Fotolia.com

FLY_VERW_UKM-MHS_042_R0/7-2024_Patient*innenbefragung

Allgemeine Angaben

Sie sind

- Patient*in
- Angehörige*r
- Besucher*in

Geschlecht

- weiblich
- männlich
- nicht binär

Alter

- unter 18
- 18 bis 29 Jahre
- 30 bis 39 Jahre
- 40 bis 49 Jahre
- 50 bis 59 Jahre
- 60 bis 69 Jahre
- 70 bis 79 Jahre
- 80 bis 89 Jahre
- 90 Jahre und älter

Station (Steinfurt)

Station (Emsdetten)

Fachabteilung

Wie zufrieden waren Sie?

Sehr				Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Versorgung

Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt?

Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger

Ja, sehr						Überhaupt nicht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie beurteilen Sie den Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit Ihnen?

Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit

Sehr gut						Sehr schlecht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wurden Sie von den Ärztinnen und Ärzten insgesamt angemessen informiert?

Beispiele: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit

Ja, sehr						Überhaupt nicht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Versorgung in unserem Krankenhaus ein?

Beispiele: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzt*innen, moderne Behandlungsmethoden

Sehr gut						Sehr schlecht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pflegerische Betreuung

Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt?

Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger

Ja, sehr						Überhaupt nicht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?

Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit

Sehr gut						Sehr schlecht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?

Beispiele: Umgang mit der Krankheit, Untersuchung, Tagesablauf

Ja, sehr						Überhaupt nicht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in unserem Krankenhaus ein?

Beispiele: fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, Versorgung nach neuestem Wissen

Sehr gut						Sehr schlecht	keine Angabe
1	2	3	4	5	6		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

Mussten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes häufig warten?

Nein, niemals				Ja, immer		keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Verlief die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?

Ja, sehr			Überhaupt nicht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in unserem Krankenhaus?

Sehr gut			Sehr schlecht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entsprach die Essensversorgung in unserem Krankenhaus Ihren Bedürfnissen?

Ja, sehr			Überhaupt nicht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie gut war Ihre Entlassung durch unser Krankenhaus organisiert?

Sehr gut			Sehr schlecht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<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 Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

Voll und ganz			Überhaupt nicht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat sich Ihr Gesundheitszustand durch Ihren Krankenhausaufenthalt verbessert?

Voll und ganz			Überhaupt nicht			keine Angabe
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontakt

UKM Marienhospital Steinfurt GmbH
Qualitäts- und Risikomanagement
Mauritiusstr. 5
48565 Steinfurt

T +49 (0)2552 79-4211

F +49 (0)2552 79-1222

lobundtadel@ukm-mhs.de

www.ukm-mhs.de