

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

willkommen im Hegau-Bodensee-Klinikum Singen. Unser Ziel ist es, Sie in den Kliniken unseres Gesundheitsverbunds (GLKN) bestmöglich zu betreuen und zu versorgen. Sie können uns wertvolle Hinweise geben, wie gut wir dieses Ziel erreicht haben und wo wir uns noch verbessern können. Nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit und beantworten Sie die aufgeführten Fragen. Ihre Teilnahme ist freiwillig, Antworten werden selbstverständlich anonym erfasst.



**1. Abteilung und Station**

1.1 In welcher Fachabteilung wurden Sie behandelt?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie | <input type="checkbox"/> Geburtshilfe  | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie            | <input type="checkbox"/> Gynäkologie    |
| <input type="checkbox"/> Innere Med 1       | <input type="checkbox"/> Innere Med 2  | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie         | <input type="checkbox"/> Psychosomatik | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie           | <input type="checkbox"/> Urologie       |

1.2 Auf welcher Station waren Sie untergebracht?

- |                                  |                              |                                  |                                  |
|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S01     | <input type="checkbox"/> S02 | <input type="checkbox"/> S11     | <input type="checkbox"/> S12     |
| <input type="checkbox"/> S14/S15 | <input type="checkbox"/> S16 | <input type="checkbox"/> S18/S25 | <input type="checkbox"/> S21/S31 |
| <input type="checkbox"/> S22/S32 | <input type="checkbox"/> S23 | <input type="checkbox"/> S24     | <input type="checkbox"/> S26     |
| <input type="checkbox"/> S35     |                              |                                  |                                  |

1.3 Falls Sie in einem unserer zertifizierten Krebszentren behandelt wurden, kreuzen Sie dies bitte hier an:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustkrebszentrum                           | <input type="checkbox"/> Gynäkologisches Zentrum  |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebszentrum                            | <input type="checkbox"/> Uroonkologisches Zentrum |
| <input type="checkbox"/> Onkologisches Zentrum (sonstige Krebsarten) |   |

**2. Welche unserer Bereiche haben Sie kennengelernt und wie beurteilen Sie dort die eventuellen Wartezeiten und die Freundlichkeit der Mitarbeiter?**

	Wartezeit				Freundlichkeit			
	ausgezeichnet	gut	teils-teils	schlecht	ausgezeichnet	gut	teils-teils	schlecht
2.1 Vorstationäre Sprechstunde	<input type="checkbox"/>							
2.2 Rezeption im Eingangsbereich	<input type="checkbox"/>							
2.3 Patientenaufnahme / Verwaltung	<input type="checkbox"/>							
2.4 Notaufnahme	<input type="checkbox"/>							
2.5 Diagnostik (z.B. EKG, Röntgen)	<input type="checkbox"/>							
2.6 OP (am OP-Tag)	<input type="checkbox"/>							
2.7 Therapeutische Dienste (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>							
2.8 Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>							

**3. Wie war Ihr Eindruck der pflegerischen Betreuung?**

	ausgezeichnet	gut	teils-teils	schlecht
3.1 Freundlichkeit des Pflegepersonals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Ausreichende Informationen des Pflegepersonals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Pflegerische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Erreichbarkeit des Pflegepersonals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Wie war Ihr Eindruck der ärztlichen Behandlung?**

	ausgezeichnet	gut	teils-teils	schlecht
4.1 Freundlichkeit des ärztlichen Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Ausreichende Informationen des ärztlichen Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Durchführung der Visiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 5. Wie beurteilen Sie die Verpflegung in unserer Klinik?

	ausgezeichnet	gut	teils-teils	schlecht
5.1 die Wahlmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Geschmack und Aussehen der Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Temperatur der Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 die Essenszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in unserem Haus?

6.1 in Ihrem Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 in den sanitären Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 in der gesamten Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Wie beurteilen Sie die Organisation bezüglich ...

7.1 ... der Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 ... der Koordination von Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ... der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Abschließende Fragen

8.1 Wie ist Ihr Gesamteindruck unserer Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Werden Sie uns weiter empfehlen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
8.3 Was hat Ihnen gut gefallen?	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			

8.4 Was können wir Ihrer Meinung nach besser machen?

## 9. Allgemeine Informationen

- 9.1 Sie sind:  weiblich  männlich  divers
- 9.2 Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?  unter 18  18-29  30-49  
 50-69  70-89  über 90
- 9.3 Warum haben Sie sich für unsere Klinik entschieden? (Mehrfachnennungen möglich)
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung des Arztes       | <input type="checkbox"/> Anderweitige Empfehlung | <input type="checkbox"/> Weil es die nächstgelegene Klinik ist |
| <input type="checkbox"/> Eigene positive Erfahrungen | <input type="checkbox"/> Notfalleinweisung       | <input type="checkbox"/> Positiver Eindruck im Internet        |

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte in einen der dafür vorgesehenen Briefkästen auf Station oder am Empfang.  
**Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung und wünschen Ihnen weiterhin gute Genesung!**

