

Hier ist noch Platz für Lob, Kritik und Anregungen:

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Weitere freiwillige Angaben zu Ihrer Person:

Sie sind Patient Angehöriger

Erwarten Sie eine Rückmeldung? Ja Nein

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in die mit der Aufschrift „Ihre Meinung ist uns wichtig“ beschrifteten Briefkästen im Eingangsbereich unserer Häuser ein.

Herzlichen Dank!

Das Direktorium und die Mitarbeiter des Klinikverbundes Hochwald-Saar

KLINIKVERBUND HOCHWALD - SAAR



St. Josef Krankenhaus Hermeskeil



Caritas Krankenhaus Lebach

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir schätzen Ihre Meinung sehr und würden uns freuen, wenn Sie uns Ihre Eindrücke und Verbesserungsvorschläge in diesem Fragebogen mitteilen.

Die Ergebnisse der Befragung werden regelmäßig auf unserer Homepage im Internet veröffentlicht.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.



Marienhaus-Kliniken Wadern-Losheim
St. Josef Losheim am See



Marienhaus-Kliniken Wadern-Losheim
St. Elisabeth Wadern

	Das Beste, das ich je erlebt habe	Sehr gut	Gut	Könnte besser sein	Ent- täuschend
01. Die Orientierung im Krankenhaus ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Die verwaltungstechnische Aufnahme ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Die medizinisch-pflegerische Aufnahme ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Die medizinische Versorgung ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Die Information durch die Ärzte ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert wurden, ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Die pflegerische Versorgung ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Die Beratung durch die Pflege ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Die Qualität des Essens ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Sauberkeit ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Angehörigenintegration ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Das Beste, das ich je erlebt habe	Sehr gut	Gut	Könnte besser sein	Ent- täuschend
12. Die Information über seelsorgerische Betreuung empfinde ich als...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Vorbereitung meiner Entlassung ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hatten Sie den Eindruck, dass Sie sich während Ihres Aufenthaltes in einem gut organisierten Krankenhaus befanden?

Ja Nein

In welchem unserer Häuser wurden Sie behandelt?

St. Josef Krankenhaus Hermeskeil Station: _____

Marienhausklinik St. Elisabeth Wadern Station: _____

Marienhausklinik St. Josef Losheim am See Station: _____

Caritas Krankenhaus Lebach Station: _____

In welcher Fachabteilung wurden Sie wann behandelt?

Fachabteilung

Name des Chefarztes

Zeitraum / Datum