

Datum: _____

Station: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie sich bei uns fühlen bzw. gefühlt haben!

Wir möchten von Ihnen wissen, was wir in Zukunft noch verbessern können.

Bitte schenken Sie uns einige Minuten Ihrer Zeit und beantworten Sie unsere Fragen. Selbstverständlich können Sie Ihren Namen gerne weglassen, wenn Sie es wünschen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, indem Sie alle Fragen beantworten.

Befragter:

Patient

Angehöriger

Behandlungsbeginn / Empfang	
1. Mir wurde gezeigt, wer in der Einrichtung für mich zuständig ist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Das Personal hat mir gesagt, ich soll möglichst viel selbst machen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ich wurde darüber informiert, wie ich Stürze vermeiden kann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ich wurde gefragt, was ich in der Reha erreichen will	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlungsverlauf	
5. Der Arzt klärte mich über Medikamentenänderungen auf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> betraf mich nicht
6. Der Arzt hat die Untersuchungsergebnisse mit mir besprochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> betraf mich nicht
7. Der Umgang mit verordneten Hilfsmitteln wurde mir gezeigt und mit mir geübt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> betraf mich nicht
8. Die Behandlungsfortschritte wurden mit mir besprochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Ich habe Anleitungen für zu Hause erhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Mit mir wurde rechtzeitig besprochen wie es nach der Reha weitergeht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11. Geplante Therapien sind ausgefallen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Über Änderungen im Therapieplan wurde ich informiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils <input type="checkbox"/> es gab keine Änderungen
13. Es wurden zu viele Therapien am Tag durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
14. Es wurden zu wenige Therapien am Tag durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
15. Das Personal ging freundlich mit mir um	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
16. Das Pflegepersonal war bei Bedarf schnell zur Stelle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
17. Wichtige Gespräche mit dem Klinikpersonal fanden im vertraulichen Rahmen statt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
18. Das Personal war zuverlässig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
Entlassung (falls bereits relevant)	
19. Der Entlasstermin wurde mir rechtzeitig mitgeteilt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, zu spät
20. Ich bzw. meine Angehörigen wurden bei der Organisation der weiteren Versorgung ausreichend unterstützt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
Ausstattung	
21. Die Größe und Ausstattung meines Zimmers waren ausreichend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
22. Die Räume und sanitären Anlagen waren sauber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils
23. Ich war mit dem Essen zufrieden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teils-teils

Insgesamt gesehen	
24. Ich würde mich wieder in der geriatrischen Fachklinik behandeln lassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25. Ich würde die Reha meinen Freunden und Verwandten empfehlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26. Ich habe von der Reha profitiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Rehabilitation in unserem Haus?



Haben Sie Verbesserungsvorschläge für uns?

Vielen Dank für Ihre Bewertung!

*Ihr Team der geriatrischen
Fachklinik Neuburg*