

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ärzte und Mitarbeiter der Sophien-Klinik sind stets darauf bedacht, Sie medizinisch und pflegerisch bestmöglich zu betreuen und so alles für Ihre Genesung zu tun. Gleichzeitig möchten wir natürlich auch, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens ermöglichen Sie es uns, unsere Qualität zu überprüfen und unsere Leistung möglichst schnell zu verbessern, wenn Sie Anlass zu Kritik gibt. Bitte teilen Sie uns Ihre Meinung, Ihre Anregungen oder Ihre Kritik mit und geben Sie den Fragebogen anschließend an der Information in der Eingangshalle ab. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Station: _____ Aufenthaltsdauer vom _____ bis _____

		sehr zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden	keine Angaben	Bemerkungen
1.	Empfang/Aufnahme in der Verwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2.	Anästhesie/OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.	Unterbringung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.	Sauberkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.	Verpflegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.	Service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.	Anästhesie/OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.	ärztliche Betreuung durch den Stationsarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.	pflegerische Betreuung (tagsüber)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.	pflegerische Betreuung (nachts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.	Schmerztherapie (operierte Patienten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12.	Schmerztherapie (chronische Patienten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13.	EKG/Röntgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.	Organisation/Ablauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15.	Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Ergänzende Anmerkungen und Anregungen (Nutzen Sie hierfür auch gerne die Rückseite):

Falls Sie eine persönliche Antwort wünschen, nennen Sie uns bitte

Ihren Namen: _____

Ihre Anschrift: _____