



# Qualitätsmodell Krankenhaus

## Krankenhausbeurteilungsbogen für Niedergelassene Ärzte \*)

Rücksendeadresse

---

### QMK-PROJEKT

FORSCHUNGSGRUPPE MÜNCHEN  
 PETTENKOFERSTR. 35/II  
 D-80336 MÜNCHEN

**Beurteilen Sie insgesamt die Leistungen und das Serviceangebot des Krankenhauses, das Ihnen diese Fragebogen zugesendet hat.**

Beziehen Sie Ihre Antworten auf Ihre Erfahrungen mit diesem Krankenhaus hinsichtlich der **Betreuung der von Ihnen dort eingewiesenen Patienten\*)** und kreuzen Sie bitte 'trifft nicht zu / nicht beurteilbar' an, wenn Ihnen eine Beurteilung nicht möglich ist.

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	trifft nicht zu / nicht beurteilbar
Ärztliche Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med.-technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit von Ärzten bei Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgehalt und Qualität des Kurzarztbriefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zügigkeit mit der sie den Arztbrief erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umfang der Diagnostik / Abklärung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit eingeleiteten psychosozialen Versorgungskonzepten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit pflegebezogenen Informationsweitergabe bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie hier noch den genauen Namen des Krankenhauses an, auf das sich Ihre Beurteilung bezieht:

---

Datum: \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !**

\*) Insgesamt wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit textübergreifend die männliche Form verwendet.