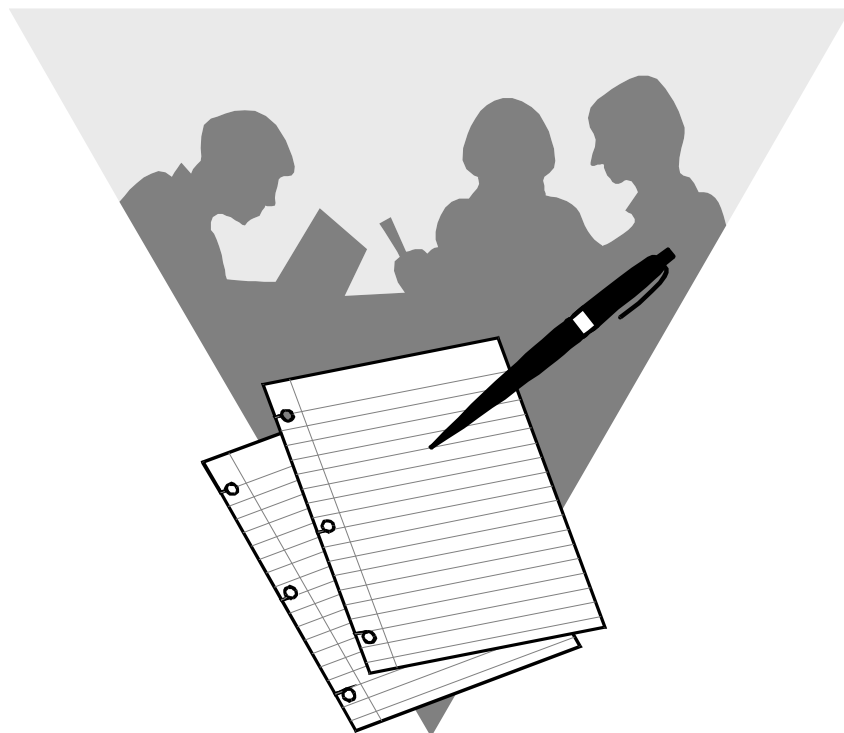




Qualitätsmodell Krankenhaus
Mehr Qualität im Krankenhaus
–Eine Patientenbefragung –

Teil 2

Auszufüllen am _____



Mehr Qualität im Krankenhaus – Eine Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden nun aus dem Krankenhaus entlassen. Wir, die Mitarbeiter Ihres Krankenhauses hoffen, dass Sie sich wieder besser fühlen und wünschen Ihnen für Ihre weitere Genesung alles Gute.

Unsere Patientenbefragung haben Sie ja bereits kurz nach Ihrer Aufnahme kennengelernt und Sie haben bereits einen ersten Fragebogen ausgefüllt.

Wir wollen mit Hilfe Ihrer Antworten die Qualität im Krankenhaus für alle Patienten verbessern. Nachdem Sie nun die Arbeit der Ärzte und Ärztinnen, der Schwestern und Pfleger und die Abläufe im Krankenhaus kennengelernt haben, würden wir gerne Ihre Meinung dazu erfahren. Wir möchten Sie daher bitten, **diesen Fragebogen etwa 4 Wochen nach Ihrer Entlassung auszufüllen**. Sie können ihn dann mit dem adressierten Umschlag an uns schicken. Ihre **Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig**.

Warum erst in 4 Wochen?

Nun, ein wichtiger Maßstab der Qualität eines Krankenhauses ist auch, wie gut oder schlecht seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Sie auf die Zeit nach dem Krankenhaus vorbereiten. Zudem möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie sich gesundheitlich fühlen, nachdem Sie schon eine Weile aus dem Krankenhaus entlassen sind.

Die Universität München unterstützt uns bei dieser Befragung und wird Ihre Angaben völlig anonym auswerten. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen in Verbindung gebracht werden können. Bitte antworten Sie ganz offen und ehrlich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und weiterhin gute Besserung!

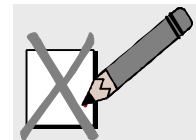
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beachten Sie noch folgende Hinweise,

bevor Sie den Fragebogen ausfüllen!



- Lesen Sie sich bitte die Fragen und alle Antwortmöglichkeiten in Ruhe durch.
- Bitte kreuzen Sie immer nur diejenige Antwort an, die Ihre persönliche Erfahrung am besten beschreibt.
- Bei einigen wenigen Fragen können Sie selbst eine Antwort formulieren. Tragen Sie Ihre Antwort dann bitte auf die leeren Zeilen ein. Verwenden Sie bitte Blockschrift, z.B. so:
- Jede Ihrer Antworten ist wertvoll für den Erfolg der Befragung. Beantworten Sie daher bitte jede Frage.
- Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie ihn bitte mit dem beigegeführten, adressierten Umschlag zurück.



DIABETES

Betreuung durch die Ärzte

1. Waren die Ärzte respektvoll und höflich zu Ihnen?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

2. Hatten Sie das Gefühl, die Ärzte hätten bei Ihrer Behandlung mehr für Sie tun können?

sehr oft

oft

manchmal

eher selten

nie

3. Haben sich die Ärzte genügend Zeit für Sie genommen, z.B. bei der Visite oder bei den Untersuchungen?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

4. Wenn Sie einen Arzt brauchten, war dann sofort jemand für Sie da?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

.....war nicht notwendig

5. Kam es vor, dass die Ärzte bei der Visite so über Sie geredet haben, als wären Sie gar nicht da?

sehr oft

oft

manchmal

eher selten

nie

6. Haben Sie alles verstanden, was die Ärzte Ihnen über Ihre Krankheit oder Ihre Behandlung sagten?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

7. Hätten Sie von den Ärzten gerne mehr über Ihre Krankheit und Ihre Behandlung erfahren?

sehr oft

oft

manchmal

eher selten

nie

8. Wurden Ihre Angehörigen und Freunde bei den Gesprächen mit den Ärzten so beteiligt, wie Sie es sich gewünscht haben?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

.....Angehörige waren nicht beteiligt

Betreuung durch die Krankenschwestern und Pfleger

9. Waren die Schwestern und Pfleger respektvoll und höflich zu Ihnen?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

10. Wenn Sie eine Schwester oder einen Pfleger brauchten, war dann sofort jemand da?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

11. Hätten Sie von den Schwestern und Pflegern mehr Hilfe benötigt bei alltäglichen Verrichtungen, wie z.B. beim Waschen, Anziehen oder zur Toilette gehen?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

12. Kam es vor, dass die Schwestern und Pfleger, z.B. bei der Pflegevisite über Sie, aber nicht mit Ihnen geredet haben?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

Ihr Aufenthalt im Krankenhaus

13. Kam es vor, dass Untersuchungs- oder Behandlungstermine verschoben wurden?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

14. Wurde Ihre Intimsphäre im Krankenhaus genug beachtet?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

15. Hatten Sie das Gefühl, dass die Ärzte und das Pflegepersonal bei Ihrer Behandlung gut zusammengearbeitet haben?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

16. Wenn Sie Schmerzen oder Beschwerden hatten, wurde Ihnen da vom Klinikpersonal ausreichend geholfen?

immer

meistens

manchmal

eher selten

nie

.....ich hatte keine Schmerzen

17. Wurden die Folgen Ihrer Krankheit für die Zeit nach dem Aufenthalt im Krankenhaus genügend mit Ihnen besprochen?

- ja, völlig | ja, ziemlich | einigermaßen | eher zu wenig | nein, gar nicht
-

18. Haben Sie im Krankenhaus gelernt, wie Sie im Alltag besser mit Ihrer Krankheit zurechtkommen können?

- ja, völlig | ja, ziemlich | einigermaßen | eher zu wenig | nein, gar nicht
-

19. Würden Sie das Krankenhaus Ihrer Familie oder Bekannten und Freunden weiterempfehlen?

-auf jeden Fall
.....sehr wahrscheinlich
.....wahrscheinlich
.....eher unwahrscheinlich
.....auf gar keinen Fall

Fragen zum Gesundheitszustand

20. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

-ausgezeichnet
.....sehr gut
.....gut
.....weniger gut
.....schlecht

21. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

-derzeit viel besser als vor einem Jahr
-derzeit etwas besser als vor einem Jahr
-etwa so wie vor einem Jahr
-derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr
-derzeit viel schlechter als vor einem Jahr

22. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark ein- geschränkt	ja, etwas ein- geschränkt	nein, überhaupt nicht ein- geschränkt
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
ich habe weniger geschafft, als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer seelischen Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause, z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?

	ja	nein
ich habe weniger geschafft, als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

-überhaupt nicht
-etwas
-mäßig
-ziemlich
-sehr

26. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen Woche...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| immer | meistens | manchmal | selten | nie |
-

28. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor dem Klinikaufenthalt denken. Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Klinikaufenthalt verändert?

-sehr verschlechtert
 -etwas verschlechtert
 -nicht verändert
 -etwas verbessert
 -sehr verbessert
-

29. Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der Behandlung im Krankenhaus?

-sehr zufrieden
-eher zufrieden
-teils teils
-eher unzufrieden
-sehr unzufrieden

30. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

.....nein, niemand

.....ja, und zwar _____!

31. Wie lange haben Sie etwa gebraucht, um den Fragebogen auszufüllen?

etwa _____ Minuten

32. An welchem Datum haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

_____ . _____ . _____

Das waren alle unsere Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und weiterhin alles Gute für Ihre Gesundheit!