

Rehabilitandenfragebogen



Asklepios Klinik Schaufling Rehabilitationszentrum für Neurologie, Orthopädie und Traumatologie, Geriatrie, Kardiologie, Psychosomatik und Privatklinik für Akut-Psychosomatik

Name od. Zimmernummer*:	Alter:	Jahre		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Datum:			
<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Kardiologie	<input type="checkbox"/> Psychosomatik

* freiwillig

Sehr geehrter Klinikgast,

wir möchten Ihre Meinung und Wünsche kennen lernen, um die Qualität unserer Leistungen weiter zu verbessern.

Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu beantworten und freuen uns über Ihre Verbesserungsvorschläge. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Zur Abgabe des Bogens steht Ihnen auf jeder Station ein Briefkasten zur Verfügung.

Hinweise zum Ausfüllen:

Bitte kreuzen Sie für jede Frage eine der Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an. Vermeiden Sie bitte, zwischen den Kästchen anzukreuzen sowie Kommentare in die Kästchen einzufügen. Dafür steht Ihnen am Ende des Fragebogens eine extra Seite zur Verfügung.

Wir bedanken uns bereits im Voraus für Ihre Unterstützung. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich an die Mitarbeiter oder unseren Kundenservice, Frau Steudtner (Tel. 1150) wenden.

Gute Genesung wünscht Ihnen,

Ihre Klinikleitung

Wie beurteilen Sie		sehr gut	eher gut	teils, teils	eher schlecht	sehr schlecht
1	Service vor der Anreise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Service an der Rezeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Größe und Lage Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sauberkeit und Hygiene Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Küche, Verpflegung (Portion und Geschmack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Service im Restaurant „Geißkopf“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Service und Angebot im Café und Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Angebot an Freizeitaktivitäten im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Angebot an Freizeitaktivitäten extern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Orientierung in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Fühlen Sie sich ausreichend über das Beschwerdemanagement informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Betreuung		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
13	Die Ärztin/der Arzt hatte genügend Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Von den Ärzten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	In der ärztlichen Visite konnte ich meine Anliegen äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegerische Betreuung		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
17	Das Pflegepersonal hatte genügend Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapiegestaltung		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
20	Mit der Zusammenstellung meiner Therapien bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Die Therapien wurden mit mir abgestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Die Therapieziele wurden mit mir besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Mit der Vielseitigkeit des Therapieangebotes bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mit der Anzahl an täglichen Therapien bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie an den folgenden Therapien teilgenommen haben, wie beurteilen Sie diese		sehr gut	eher gut	teils, teils	eher schlecht	sehr schlecht	nicht teilgenommen
25	Krankengymnastik / Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Physikalische Therapie (Massagen, Wärme, Kälte, Bäder, Strom, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Sporttherapie (inkl. Fahrradergometer, MTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Sprachtherapie (Logopädie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Optik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Freizeitangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulungen und Vorträge		sehr gut	eher gut	teils, teils	eher schlecht	sehr schlecht	nicht teilgenommen
35	Therapeutische Vorträge und Schulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ärztliche Vorträge und Schulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es wurde sehr viel Wert darauf gelegt		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
37	Meine Gesundheit zu fördern und meine Einschränkungen zu verringern / zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Dass ich wieder aktiv am Alltag (und ggf. Berufsleben) teilnehmen werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Dass ich bei krankheitsbedingten seelischen Problemen Hilfe erhielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe für folgende Bereiche Ratschläge und Hinweise für die Zeit nach der Entlassung erhalten:		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
40	beruflicher Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	häuslicher Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilen Sie bitte folgende Aussagen		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
42	Ich konnte in der Reha gute Fortschritte erzielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Meine Meinung als Patient/-in wurde beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Die Klinik war für meine Erkrankung genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Bei einer erneut notwendigen Reha würde ich wieder in die Asklepios Klinik Schaufling kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden (Mehrfachnennungen sind möglich):

- zuweisende Klinik Sozialdienst Haus-, Facharzt Kostenträger, Versicherung
 Internet Broschüre, Zeitung Familie, Bekannte ehemalige Patienten

Besonders hat mir gefallen

Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?

Vielen Dank !

Ihr Klinikteam