

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir möchten, dass Sie mit den Leistungen unseres Neuroonkologischen Zentrums zufrieden sind. Damit wir uns ständig für Sie verbessern können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen zu beantworten. Für die Rückgabe der Patientenfragebögen liegt Ihnen ein frankierter Rückumschlag bei.

Bewertung

Beispiel: Bitte Zutreffendes ankreuzen

ja teils/teils nein

- | | ja | teils/teils | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurde Ihnen im vorbereitenden Arztgespräch die geplante Behandlung verständlich erklärt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sofern zutreffend: Hat Sie der Operateur über den Verlauf der Operation unterrichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Waren Sie mit der Behandlung Ihrer Schmerzen zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde die Weiterbehandlung für Sie verständlich besprochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden Sie über die Therapiemöglichkeiten/ Behandlungsalternativen ausreichend aufgeklärt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Waren Sie mit der ärztlichen Betreuung auf Station zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Waren Sie mit der pflegerischen Betreuung auf Station zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurden Sie über eine Beratung durch unseren Sozialdienst ausreichend informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Waren Sie über ein Gesprächsangebot mit unserer Psycho-Onkologin ausreichend informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | kein Interesse | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 10. Hätten Sie sich mehr Informationen über eine Selbsthilfegruppe gewünscht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wie beurteilen Sie die Wartezeiten? | <input type="checkbox"/> | angemessen | zu lang <input type="checkbox"/> |
| In welchen Bereichen? | | | |
| 12. Waren bei Ihrer Entlassung nach Hause wichtige Dinge unerledigt oder ungeklärt geblieben? | <input type="checkbox"/> | ja | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“ welche? | | | |
| 13. Haben Sie sich in unserer Klinik gut aufgehoben gefühlt? | <input type="checkbox"/> | ja | teils/teils <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Hat Ihnen etwas besonders gut gefallen, was Sie uns berichten möchten? | <input type="checkbox"/> | ja | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“ was? | | | |
| 15. Waren Sie mit etwas besonders unzufrieden, was Sie uns berichten möchten? | <input type="checkbox"/> | ja | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“ was? | | | |
| 16. Gibt es Dinge, die wir Ihrer Ansicht nach unbedingt verbessern sollten? | <input type="checkbox"/> | ja | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“ was? | | | |