

# Ihre Meinung ist uns wichtig!



Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

der Oberschwabenklinik ist es das größte Anliegen, den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Patienten bestmöglich gerecht zu werden. Um unsere Leistungen weiter verbessern zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen anonym zu beantworten. Raum für weitere Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge finden Sie auf der Rückseite.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen am Ende Ihres Aufenthalts in die Briefkästen, die Sie im Foyer oder an den Aufzügen finden.

Krankenhaus:  EK  Bad Waldsee  Wangen

Station: .....

**1. Fassen Sie Ihren Gesamteindruck von unserem Haus zusammen:**

.....

.....

.....

**2. Wie waren Sie mit der Behandlung durch unsere Ärzte zufrieden?**

sehr gut					gar nicht
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

**3. Waren Sie mit der Betreuung durch unsere Pflegekräfte zufrieden?**

sehr gut					gar nicht
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

**4. Waren Sie mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft unseres Personals zufrieden?**

sehr gut					gar nicht
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

**5. Hat bei Ihrer Aufnahme alles wie gewünscht funktioniert?**

sehr gut					gar nicht
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

**6. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?**

sehr gut					gar nicht
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

Bitte wenden!

**7. Wie empfanden Sie die Wartezeiten vor und/oder während Ihrer Behandlung?**

sehr gut						gar nicht
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>						

**8. Wie hat Ihnen das Essen in unserem Haus geschmeckt?**

sehr gut						gar nicht
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>						

**9. Sind Sie mit der Sauberkeit im Haus und im Patientenzimmer zufrieden?**

sehr gut						gar nicht
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>						

**10. Wie waren Sie mit der Ausstattung Ihres Zimmers zufrieden?**

sehr gut						gar nicht
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>						

**11. Würden Sie unser Haus Bekannten und Freunden weiterempfehlen?**

sehr gut						gar nicht
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>						

**12. Verbesserungsvorschläge, Kritik und auch Lob:**

.....

.....

.....

.....

**Geschlecht:**

weiblich

männlich

**Alter:**

bis 25 Jahre

bis 40 Jahre

bis 65 Jahre

über 65 Jahre

Abgabe im Krankenhaus vergessen? Sie können uns den Fragebogen auch gerne nachträglich zusenden.

**Oberschwabenklinik GmbH  
Patientenfragebogen  
Elisabethenstraße 15  
88212 Ravensburg**

Fax: 0751/87-362058

E-Mail: [info@oberschwabenklinik.de](mailto:info@oberschwabenklinik.de)

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**