

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.

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: bis 25 J. bis 40 J. bis 65 J. über 65 J.

Krankenhaus: EK Bad Waldsee Wangen Isny Leutkirch

Station:-----

	sehr gut			gar nicht			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Wie waren Sie insgesamt mit Ihrem Aufenthalt zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie waren Sie mit der Behandlung durch unsere Ärzte zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren Sie mit der Betreuung durch unsere Pflegekräfte zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Waren Sie mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft unseres Personals zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie empfanden Sie die Wartezeiten vor und/oder während Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

sehr gut

gar nicht

1 2 3 4 5 6 7

6. **Wie wurde der Übergang von Krankenhaus-
aufenthalt in die ambulante Behandlung
bzw. in die Reha-Einrichtung vorbereitet?**
7. **Haben Sie sich mit der Beschilderung in
unserem Haus gut orientieren können?**
8. **Wie hat Ihnen das Essen in unserem Haus
geschmeckt?**
9. **Sind Sie mit den Parkmöglichkeiten am
Krankenhaus zufrieden?**
10. **Sind Sie mit der Sauberkeit im Haus und im
Patientenzimmer zufrieden?**

11. **Anregungen, allgemeine Kritik, Verbesserungsvorschläge:**

Abgabe im Krankenhaus vergessen?

Sie können uns den Fragebogen auch gerne nachträglich zusenden.

Oberschwabenklinik GmbH
Patientenfragebogen
Elisabethenstraße 15
88212 Ravensburg
Fax: 0751/87-2095
E-Mail: info@oberschwabenklinik.de

————— **Vielen Dank für Ihre Unterstützung** —————