

Patientenbefragung zur Verbesserung der Qualität

Sie sind bei der Fachinstitution DOST GmbH zur Behandlung und haben unser Haus kennen gelernt. An Ihren Eindrücken und Erfahrungen sind wir sehr interessiert, das wir die Qualität unserer Versorgung stetig weiter verbessern wollen.

Ihre Angaben werden anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen oder Hilfe beim Ausfüllen benötigen, steht Ihnen unser Pflegepersonal zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen weiterhin einen angenehmen Aufenthalt

Mit freundlichen Grüßen

Ihre DOST -Leitung

Denken Sie an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit unseren Pflegekräften zu tun hatten.

Wie beurteilen Sie die medizinische Betreuung durch unsere Pflegekräfte?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wenn Sie Fragen hatten, wurden Ihnen diese beantwortet ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie empfanden Sie den persönlichen Umgang mit unseren Pflegekräften ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Denken Sie an die unterschiedlichen Situationen, in denen Sie mit unseren Hilfskräften (Reinigungspersonal, Hausmeister, Fahrdienst usw.) zu tun hatten.

Wie beurteilen Sie die fachliche Betreuung durch unsere Hilfskräfte?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wenn Sie Fragen hatten, wurden Ihnen diese beantwortet ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie empfanden Sie den persönlichen Umgang mit unseren Hilfskräften ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Bewerten Sie im Folgenden die Verpflegung und die Unterbringung.

Waren Sie mit der Verpflegung zufrieden?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie empfanden Sie die Sauberkeit in unserem Objekt?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie empfanden Sie die Unterbringung bei DOST allgemein ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie beurteilen Sie die Ausstattung bei uns ?

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wie beurteilen Sie bei uns die Organisation bei DOST und wie hat sie funktioniert ?

Es war Personal erreichbar, wenn Sie Fragen hatten oder jemanden sprechen wollten.

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Sind Sie mit dem Therapieablauf zufrieden (Planung, Information Umsetzung)

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Wurden Sie auf die Entlassung umfassend vorbereitet? *(Nur Wohngemeinschaft !)*

sehr gut sehr schlecht keine Antwort

Denken Sie an den Aufenthalt bei uns insgesamt.

Würden Sie unsere Einrichtung Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen ?

sehr gut nein keinesfalls keine Antwort

Bitte teilen Sie uns mit, was Ihnen besonders gut gefallen hat.

Bitte teilen Sie uns mit, was wir Ihrer Ansicht nach verbessern können.

Angaben zu Ihrer Person.

Alter in Jahren _____ Geschlecht: weiblich männlich divers

Wohnort (erste beiden PLZ-Stellen) _____ Muttersprache: Deutsch Andere: _____

Wie sind Sie versichert? gesetzlich privat

Dauer Ihres Aufenthaltes in Tagen: _____ Tage

Wer füllte den Fragebogen aus? Patient Angehöriger

Wenn Sie möchten, tragen Sie bitte hier Ihren Namen ein, damit wir auf Sie zukommen können. Diese Angabe ist selbstverständlich freiwillig.

Name: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

DOST - Qualitätssicherung