

**Patientenfragebogen**  
Beschwerdemanagement

**Persönliche Angaben (optional - auf Wunsch gerne auch anonym)**

Vorname, Name	Station / Zimmer	Datum
	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

**1. Allgemeines**

Wie war der erste Eindruck in der Klinik?

<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> ausreichend
<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht
<input type="checkbox"/> befriedigend	

**2. Ärztliche Versorgung**

a. Hatten Sie Vertrauen in das ärztliche Personal?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

b. Sind Sie von den Ärztinnen und Ärzten ausreichend und verständlich informiert worden?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

c. War die Qualität der ärztlichen Versorgung angemessen?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

**3. Pflegerische Versorgung**

a. Hatten Sie Vertrauen in die Pflegekräfte?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

b. War die Qualität der pflegerischen Versorgung angemessen?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

**4. Therapeutische Versorgung**

a. Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

b. War die Art und Qualität der therapeutischen Behandlung angemessen?

<input type="checkbox"/> jederzeit	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> manchmal	

## 5. Weitere Fragen zu Ihrem Aufenthalt

a. Wie beurteilen Sie die Organisation der Klinik, z. B. die Zusammenarbeit von Pflege, Ärzten und Therapeuten?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

b. Wie beurteilen Sie das Essen?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

c. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit und Hygiene in der Klinik?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

d. Wie beurteilen Sie die Unterbringung? (Zimmer/Bad)

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

e. Wie beurteilen Sie die Vorbereitung Ihrer Entlassung?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

## 6. Gesamtrückblick

a. Wie war Ihr Wohlbefinden während des Aufenthaltes in unserer Klinik?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

b. Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Aufenthalt in unserer Klinik geändert?

sehr gut       ausreichend  
 gut             schlecht  
 befriedigend

c. Würden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?

ja               nein  
 vielleicht

**Hier ist Platz für Ihr ganz persönlichen Anmerkungen.  
Wir freuen uns über Ihre Kritik, Anerkennung und Anregungen!**


**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! Ihr Reha-Team**