

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,

die Mitarbeiter der ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und baldige Genesung.

Wir möchten auch weiterhin bestmögliche Leistungen in der Betreuung unserer Patienten ermöglichen und sind dabei auf Ihre Hilfe angewiesen.

Bitte füllen Sie am Ende des Aufenthaltes den vorliegenden Fragebogen aus und werfen ihn in einen der dafür vorgesehenen Briefkästen ein.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen wünschen, wenden Sie sich bitte an unser Personal.

PD Dr. Imanuel Dzialowski
Chefarzt Neurologie

Andre Gubsch
Geschäftsführer

Kathrin Heigl
Pflegedienstleitung

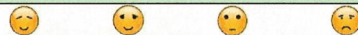
Franziska Winzer
Therapieleitung

sehr gut gut mangelhaft ungenügend

Anmerkungen/Anregungen/
Verbesserungsvorschläge:

1 Gesamteindruck

Wie ist Ihr Gesamteindruck von unserer Klinik?



2 Betreuung und Behandlung

Wie beurteilen Sie den Empfang an der Patientenaufnahme und auf der Station?

- ☒ Organisation
- ☒ Freundlichkeit



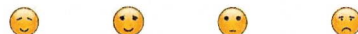
Wie zufrieden waren Sie mit dem therapeutischen Angebot?



Wie beurteilen Sie die Therapie - und Behandlungsplanung?



Wie beurteilen Sie die Therapiedurchführung?



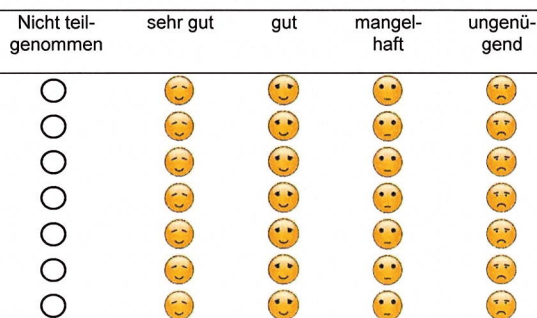
Wurden Sie ausreichend und verständlich über Ihre Krankheit informiert (z.B. Krankheitsbild, Risikofaktoren, Behandlungsmöglichkeiten)?



3 Betreuung in bestimmten Bereichen

Bitte bewerten Sie die Betreuung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in folgenden Bereichen:

- ☒ Ärztlicher Dienst
- ☒ Pflegedienst
- ☒ Therapie
- ☒ Sozialdienst
- ☒ Funktionsdiagnostik
- ☒ Röntgen/CT
- ☒ Rezeption



Anmerkungen/Anregungen/
Verbesserungsvorschläge:

... weiter auf der Rückseite!



*Anmerkungen/Anregungen/
Verbesserungsvorschläge:*

4 Hilfe im Umgang mit der Krankheit

Bitte bewerten Sie:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| ☒ die Informationen zur Nachbetreuung | | | | | |
| ☒ die Entlassungsorganisation | | | | | |
| ☒ den Behandlungserfolg | | | | | |

5 Bitte beurteilen Sie:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| ☒ die Weckzeiten | | | | | |
| ☒ die Essenszeiten | | | | | |
| ☒ die Verteilung der Therapiezeiten | | | | | |

6 Bitte bewerten Sie die Unterbringung:

- | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| ☒ Sauberkeit Zimmer und Bad | | | | | |
| ☒ Größe des Zimmers | | | | | |
| ☒ Ausstattung | | | | | |
| ☒ Bettenkomfort | | | | | |
| ☒ technische Ausstattung | | | | | |
| ☒ Ruhe | | | | | |

7 Wie empfanden Sie die Atmosphäre/das Ambiente der Klinik:

- | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| ☒ Beschilderung | | | | | |
| ☒ Gestaltung Innenbereich | | | | | |
| ☒ Gestaltung Außenbereich | | | | | |

8 Wie bewerten Sie die Serviceleistungen im Haus:

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ☒ Verkaufsangebot im Shop der Cafeteria? | | | | | |
| ☒ Freizeitangebote? | | | | | |
| ☒ Organisation externer Dienstleistungen (Frisör, Fußpflege, ...)? | | | | | |

9 Wie beurteilen Sie die Verpflegung:

- | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| ☒ Geschmack | | | | | |
| ☒ Präsentation | | | | | |
| ☒ Menge | | | | | |
| ☒ Auswahlmöglichkeiten | | | | | |

10 Würden Sie unser Haus weiterempfehlen?

- ja
 ja, mit Einschränkung:
 nein

Statistische Angaben					
Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?					
<input type="radio"/> Arzt/Sozialdienst	<input type="radio"/> Krankenkasse	<input type="radio"/> Empfehlung von Bekannten	<input type="radio"/> vorbehandelte Klinik	<input type="radio"/> ich kannte die Klinik vorher nicht	<input type="radio"/> Sonstige
Sind Sie					
<input type="radio"/> Patient/Rehabilitandin	<input type="radio"/> Patient/Rehabilitand	<input type="radio"/> Begleitpers.	<input type="radio"/> Angehöriger/ Besucher		
Wie alt sind Sie? (Angabe in Jahren)					
<input type="radio"/> jünger als 45	<input type="radio"/> 45 – 65	<input type="radio"/> 66 und älter			
Wie lange waren Sie in unserer Klinik?					
<input type="radio"/> bis 3 Wo.	<input type="radio"/> bis 6 Wo.	<input type="radio"/> länger			
Auf welcher Station wurden Sie behandelt?					
<input type="radio"/> Neurologie 4A	<input type="radio"/> Neurologie 4B	<input type="radio"/> Neurologie 3A	<input type="radio"/> Neurologie 3B	<input type="radio"/> Neurologie 2B	

Hier können Sie uns noch mitteilen, was Sie bewegt:

.....

.....

.....