



Fragebogen zur Versorgungszufriedenheit

Ihre Meinung ist gefragt

Versorgungs-Zufriedenheits-Fragebogen

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den jeweiligen Aussagen jeweils zustimmen. Bitte bewerten Sie nach Möglichkeit alle Aussagen. Dafür danken wir Ihnen herzlichst.

Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils-teils	Stimme eher zu	Stimme voll zu
---------------------------	----------------------	-------------	----------------	----------------

Informationen

Während des Krankenhausaufenthaltes habe ich alle Informationen erhalten, die ich aus meiner Sicht brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wusste, an wen ich mich bei Fragen wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Behandlungen wurde ich angemessen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Informationen, die ich während des Krankenhausaufenthaltes erhalten habe, waren für mich leicht verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte alle meine Fragen in Bezug auf die Zeit nach der Geburt klären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat mich angemessen in Entscheidungen über Behandlungen eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus hat mich bei der Geburtsanmeldung über mögliche Angebote/Optionen während der Geburt informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Beratung und Anleitung, die ich im Krankenhaus nach der Geburt erhalten habe (z.B. im Hinblick auf das Stillen meines Kindes), war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation/Wartezeiten

Alle Abläufe im Krankenhaus waren aus meiner Sicht reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Stimmung zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern empfand ich als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Absprachen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Pflegekräften und anderen Therapeutinnen und Therapeuten haben aus meiner Sicht gut funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Entlassung aus dem Krankenhaus wurde gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausstattung/Sauberkeit

Das Krankenhaus war mit allem ausgestattet, was aus meiner Sicht notwendig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfand die Krankenhausausstattung als modern und zeitgemäß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Sauberkeit im Krankenhaus war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Verpflegung im Krankenhaus entsprach meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgungs-Zufriedenheits-Fragebogen

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den jeweiligen Aussagen jeweils zustimmen. Bitte bewerten Sie nach Möglichkeit alle Aussagen.

Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils-teils	Stimme eher zu	Stimme voll zu
---------------------------	----------------------	-------------	----------------	----------------

Ruhe

Ich konnte die nötige Ruhe und Erholung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war mit meinem Zimmer zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während meines Aufenthaltes wurde meine Privatsphäre respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikation

Ich konnte mich mit dem Personal gut verständigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal war immer für mich ansprechbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich insgesamt gut aufgehoben gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal hat meine Anliegen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich respektvoll behandelt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des Aufenthaltes habe ich mich sicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden damit, wie die Pflegekräfte mit mir umgegangen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden damit, wie die Ärztinnen und Ärzte mit mir umgegangen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin insgesamt zufrieden damit, wie ich durch die Hebammen während des Aufenthaltes betreut wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden damit, wie das Personal mit meinem neugeborenen Kind umgegangen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünsche/Erwartungen

Ich konnte alle meine Wünsche in Entscheidungen, die die Geburt betreffen, einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe alle Behandlungen/Therapien erhalten, die aus meiner Sicht notwendig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Medikamente erhalten, die aus meiner Sicht notwendig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Schmerzbehandlung während und nach der Entbindung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgungs-Zufriedenheits-Fragebogen

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den jeweiligen Aussagen jeweils zustimmen. Bitte bewerten Sie nach Möglichkeit alle Aussagen.

Stimme über- haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils- teils	Stimme eher zu	Stimme voll zu
---	-------------------------------	-----------------	----------------------	-------------------

Sonstiges

Die Versorgung im Krankenhaus hatte eine hohe Qualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die pflegerische Betreuung im Krankenhaus hatte eine hohe Qualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde das Krankenhaus meinen Familienangehörigen sowie guten Freundinnen und Freunden weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich noch einmal in einem Krankenhaus entbinde, möchte ich wieder in die gleiche Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend bitten wir Sie um noch ein paar allgemeine Informationen:

In welchem Jahr sind Sie geboren? [_ _ _ _]

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!